A Monsieur le Prof.
Hommage respectueux
Doléris

# EXPOSÉ

DES

# TITRES ET DES TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE


## J.-A. DOLÉRIS

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS DE LA FACULTÉ
ACCOUCHEUR DE LA MATERNITÉ DE L'HOPITAL BOUCICAUT
ANCIEN PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS
CANDIDAT A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, DANS LA SECTION D'ACCOUCHEMENTS







PARIS
IMPRIMERIE F. LEVÉ
17, RUE CASSETTE, 17.



1899

# TITRES SCIENTIFIQUES

| | |
|---|---|
| Externe des hôpitaux | 1874 |
| Interne provisoire des hôpitaux | 1875-76 |
| Interne titulaire | 1877 |
| Docteur en médecine | 1880 |
| Aide de laboratoire, chargé des travaux d'histologie à la Clinique d'accouchements de la Faculté | 1881 |
| Chef de clinique du professeur Depaul | 1883 |
| Chef de clinique du professeur Pajot | 1884-85 |
| Accoucheur des hôpitaux | 1885 |
| Médecin en chef de l'Asile municipal Ledru-Rollin (pour les femmes accouchées) | 1892 |
| Accoucheur titulaire de la Pitié | 1895 |
| Accoucheur titulaire de la Maternité de l'hôpital Boucicaut | 1897 |

## DISTINCTIONS HONORIFIQUES

| | |
|---|---|
| Lauréat de la Faculté, médaille d'argent au concours des thèses | 1881 |
| Lauréat de la Faculté, prix Châteauvillars | 1881 |

## SOCIÉTÉS SAVANTES

Membre de la Société Anatomique.

Membre de la Société de Médecine de Paris.

Membre de la Société Médico-chirurgicale.

Membre fondateur et ancien Président de la Société Obstétricale et Gynécologique de Paris.

Membre fondateur de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris.

Membre de la Société Obstétricale de France.

Membre de la Société de Gynécologie Américaine de New-York (*American Gynecological Society*).

Membre de la Société Obstétricale de Liège.

Membre de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux.

## ENSEIGNEMENT

Cours libre d'accouchements professé à l'Ecole pratique de la Faculté, 1881-1882.
Cours libre d'accouchements professé à la clinique d'accouchements de la Faculté. Clinicat de 1883, 1884, 1885.
Enseignement public, théorique et clinique, de la Gynécologie. Cours libre professé annuellement à la clinique privée de la rue de Navarre, de 1885 à 1891.
Conférences d'Obstétrique et de Gynécologie à l'Hôtel-Dieu, à la Pitié, à l'hôpital Boucicaut, 1895, 1896, 1897, 1898, 1899

## JOURNAUX ET REVUES PÉRIODIQUES

Collaborateur aux Archives de Tocologie et aux Annales de Gynécologie, 1874, 1882 à 1886.
Collaborateur au Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques, dirigé par M. le professeur Jaccoud.

Art. Rage humaine. — Art. Thrombus en général. Thrombus de la vulve et du vagin. — Art. Superfétation et Superfécondation. — Art. Suette miliaire.

Collaborateur au *Traité des Accouchements* de Charpentier. (Préface de la 2e édition.)
Fondateur, avec les Drs Charpentier et Porak, et Rédacteur en chef des *Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie* (revue mensuelle), de 1886 à 1896.
Fondateur avec les Drs Bouilly, Picqué et Pichevin, et Rédacteur en chef de *La Gynécologie* (revue mensuelle), 1896 et séq.

## VOYAGES ET MISSIONS SCIENTIFIQUES
## DÉLÉGATIONS A L'ÉTRANGER

Voyage en Allemagne pour l'étude de l'Obstétrique et de la Gynécologie..... 1884-85
Mission scientifique du Ministre de l'Instruction publique en Autriche, Allemagne, Italie et Angleterre, pour l'étude de la Gynécologie........ 1886
Délégué par la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris au Congrès international de Washington........................................ 1887
Délégué au meeting annuel de Gynécologie de New-York, Vice-Président de la section........................................................ 1887
Voyage scientifique en Angleterre........................................ 1887
Membre du Congrès Gynécologique de Madrid ............................ 1888
Vice-Président honoraire de la section de Gynécologie au Congrès international de Berlin.................................................. 1890
Secrétaire pour la France au Congrès international triennal d'Obstétrique et de Gynécologie de Genève.......................................... 1896
Secrétaire pour la France au Congrès international triennal d'Obstétrique et de Gynécologie d'Amsterdam.......................................... 1899

---

# TRAVAUX SCIENTIFIQUES



N.-B. — *La table des matières est placée au commencement de chacun des chapitres.*

# EXPOSÉ GÉNÉRAL

Les travaux dont l'exposé suit représentent vingt ans d'études ininterrompues. Dans leur ordre d'importance, ce sont :

1° Trois ouvrages de longue haleine : un mémoire, thèse de doctorat, sur l'origine microbienne de l'infection puerpérale, résultat de recherches poursuivies, pendant deux ans, dans le laboratoire de Pasteur ; — la traduction, avec annotations et commentaires, d'un important traité d'accouchement américain (W. Th. Lusk, professeur à Bellevue-Hôpital). — Un traité de Pratique Gynécologique, en deux volumes : le premier contenant la pathologie générale de tous les genres d'infection et d'inflammation des organes génitaux de la femme ; le second, en collaboration avec le Dr Pichevin, renfermant la séméiologie, la technique et la thérapeutique gynécologiques.

2° De nombreux mémoires de grande étendue sur la clinique et la thérapeutique.

3° Des écrits moins compendieux portant sur des recherches et des découvertes originales, dans le domaine de la chimie, de la physiologie, de l'histologie, de la bactériologie, de l'anatomie normale et pathologique.

Cette série de travaux s'enchaîne logiquement.

La plus grande part porte sur l'Obstétrique.

Aux recherches bactériologiques sur l'*infection puerpérale* ont succédé, dans le même domaine, des travaux sur le *traitement de l'avortement* et de ses suites pathologiques, sur l'*endométrite septique post-puerpérale* ; puis, sur le terrain de la Gynécologie, des études nombreuses sur la *métrite* et son traitement, la *salpingo-ovarite* et son traitement.

L'étude des traumatismes obstétricaux, *dechirures du col utérin, du périnée*, avec leur thérapeutique immédiate, a conduit naturellement l'auteur à des recherches minutieuses sur la statique normale de l'utérus et sur les diverses déviations qui sont la conséquence habituelle de ces traumatismes.

Quelques résultats utiles, des procédés opératoires originaux — une technique personnelle dans quelques cas spéciaux — l'invention d'une série d'appareils et d'instruments, ont été directement ou indirectement le fruit de ces études.

Les travaux basés sur l'observation *clinique obstétricale* — grossesse, accouchement, suites de couches, nouveau-né — et sur la chirurgie obstétricale forment un appoint considérable dans cet ensemble.

Il serait présomptueux d'y ajouter la mention des nombreux ouvrages, thèses, mémoires, inspirés par l'auteur ou par son enseignement.

CHAPITRE PREMIER

# MÉDECINE ET CHIRURGIE GÉNÉRALES

# TABLE DES MATIÈRES DU CHAPITRE PREMIER

**Médecine et chirurgie générales. — Physiologie et anatomie pathologiques. — Bactériologie.**

**1. — Anévrysmes de l'iliaque primitive et de l'hypogastrique gauches. Athérome de la veine fémorale du même côté.**

(*Bull. de la Soc. anat.*, juillet 1875.)

(La pièce, spécimen très rare, est conservée au Musée Dupuytren.)

Observation d'un homme âgé de 80 ans, entré le 27 juin 1875, à l'infirmerie de Bicêtre, pour une chute sur la hanche gauche, qui avait mis le membre dans une impuissance complète. Quatre jours après son entrée, subitement, la jambe, puis la cuisse deviennent douloureuses, gonflées et tendues.

Le malade mourut 18 jours après son entrée, de cachexie.

A l'autopsie, on trouva les muscles et le tissu cellulaire du bassin infiltrés de sang, l'infiltration remontant à gauche jusqu'au détroit supérieur, à droite se limitant plus bas. On trouve sur les artères iliaque primitive et iliaque interne gauches des dilatations anévrysmales formées par la tunique externe seule. La cavité est remplie de bouillie athéromateuse ; sur l'iliaque interne, on trouve un caillot organisé, blanc jaunâtre, obturant complètement la lumière du vaisseau.

Les veines sont accolées aux artères, épaissies, semées de plaques athéromateuses et de grains calcaires ; la circulation y est complètement interrompue. Un caillot continu, noir, adhérant solidement à la paroi interne, occupe tout le système veineux du membre inférieur et remonte jusqu'à la bifurcation de la veine cave où il se termine.

L'arrêt circulatoire du membre inférieur gauche tenait à la compression des gros troncs veineux, aux végétations athéromateuses de la veine fémorale.

L'infiltration sanguine avait pour cause une rupture vasculaire de la poche, tenant à l'ulcération anévrysmale de l'hypogastrique.

**2. — Thrombose de l'artère cérébelleuse postérieure et inférieure; ramollissement symétrique occupant les deux lobes du cervelet.**

(*Bull. de la Soc. anat.*, janvier 1876.)

Il s'agit d'un homme, âgé de 56 ans, entré le 22 janvier à l'infirmerie de Bicêtre. Alcoolique et syphilitique, il fut atteint d'un accès de délire maniaque.

A l'examen, le malade accuse des vomissements et une céphalalgie intense persistant depuis cinquante jours. Pas de troubles moteurs, sensitifs, ou intellectuels. Affaiblissement général, abattement, tendance irrésistible au sommeil, délire, coma, le lendemain de son arrivée; mort le surlendemain.

A l'autopsie, on reconnaît que l'oblitération de la cérébelleuse postéro-inférieure, provoquée par des plaques calcaires, a amené, dans les deux lobes, un ramollissement qui ne s'est révélé pendant la vie, que par des symptômes vagues de paralysie et de contracture, par de la céphalalgie et des vomissements continus.

**3. — Laryngite hypertrophique. — Tuberculose et sclérose partielle du poumon.**

(*Bullet. Soc. anat.*, février 1876.)

L'observation rapportée par l'auteur, d'un homme âgé de 63 ans, a montré une hypertrophie généralisée de toute la muqueuse laryngienne. Elle a montré, de plus, une lésion chronique, corrélative dans deux organes différents : le poumon et le larynx. C'est l'évolution de la sclérose tuberculeuse à différents degrés, incomparablement plus marquée dans le poumon.

**4. — Tuberculose des voies urinaires.**

(*Bullet. Soc. anat.*, février 1876.)

L'autopsie fit découvrir, en dehors des lésions prévues : granulations dans tout le parenchyme pulmonaire, cavité dans le sommet droit, adhérences pleurales, etc., des altérations tuberculeuses graves dans les voies urinaires (rein, uretères, prostate, vessie).

Les phénomènes cliniques avaient été ceux d'une granulie à marche rapide. Douleurs dans les hypochondres, pas d'hématurie.

**5. — Sarcome primitif du corps thyroïde. — Compression du récurrent gauche. — Aphonie complète.**

(*Bullet. Soc. anat.*, mars 1876).

L'examen anatomique a montré le récurrent gauche complètement englobé dans la masse ganglionnaire faisant corps avec le néoplasme. C'était la cause de l'aphonie.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un sarcome fibreux, ayant son origine dans l'isthme et le lobe gauche de la glande thyroïde.

**6. — Thrombus de l'artère cardiaque gauche. — Rupture spontanée du cœur.**

(*Bullet. Soc. anat.*, juin 1876.)

**7. — Cancer du médiastin. — Propagation au péricarde et aux oreillettes. — Péricardite hémorrhagique. — Propagation à la plèvre droite et pleurésie.**

(*Bullet. Soc. anat.*, juillet 1876).

**8. — Infection purulente généralisée, survenue dans le cours d'une pneumonie aiguë.**

(*Soc. anat. Bullet.*, mai 1880.)

**9. — Recherches histologiques sur la tuberculose du larynx. — Œdème de la glotte. — Laryngite scléreuse.**

(*Mémoire de* 43 p. avec 5 figures. *Archives de Physiologie*, 2e série, t. IV. 1878.)

La plupart des conclusions de ce mémoire sont devenues classiques et on les retrouve mentionnées dans l'article de Hanot du dict. encyclop., dans le Traité du prof. Dieulafoy, dans les Manuels de Path. Int. de Laveran et Tessier, Debove et Achard. Les recherches de l'auteur ont été reprises et confirmées par Balzer, Gouguenheim, Leroy, Luc, Moure, etc.

La tuberculose peut se présenter au larynx sous plusieurs formes :

1° Sous la forme diffuse (prolifération embryonnaire occupant les glandes, les parois vasculaires et surtout le tissu interstitiel), elle détermine le gonflement de la muqueuse et, dans beaucoup de cas, elle est le point de départ des sténoses glottiques. Elle peut persister, pendant un certain temps, sans éprouver de modifications aggravantes, mais elle n'est point susceptible de résorption complète.

2° Sous la forme infiltrée (analogue à la précédente, mais avec une tendance manifeste à la limitation en foyers), elle siège principalement autour des vaisseaux dans l'intérieur des glandes et de leur conduit excréteur aussi bien qu'à leur extrémité. Elle se rapproche de la granulation, se termine par caséification en donnant naissance à des ulcérations profondes de la muqueuse.

3° Sous la forme circonscrite (granulation miliaire), les nodules qui la représentent sont profonds ou superficiels. Les premiers siègent dans le tissu interstitiel, sont de volume variable et ne s'accompagnent presque jamais d'ulcération. Les seconds déterminent, à la surface de la muqueuse, des ulcérations légères qui se groupent et se relient entre elles pour former des plaques irrégulières à bords nets, à fond jaunâtre.

4° Sous la forme conjonctive diffuse (sclérose), plus rare que les précédentes, elle succède à la première forme, peut exister conjointement aux autres et leur donner naissance ultérieurement; elle amène, à la longue, la sténose laryngée.

Dans ces quatre formes, l'oblitération vasculaire est constante, mais elle n'apparaît réellement complète et générale que dans les zones atteintes par la granulation ou l'infiltration.

Dans aucun cas, on n'observe de néoformations vasculaires.

Les conditions spéciales, telles que l'acuité de l'affection, l'état constitutionnel

du sujet, peuvent rendre compte de la prédominance d'une forme sur les autres. Le tubercule débute par une prolifération embryonnaire, avec tendance nécrobiotique en rapport avec l'envahissement rapide des vaisseaux.

Dans certaines conditions de vitalité relative et de conservation partielle de la circulation, il s'opère une transformation fibreuse des éléments cellulaires ; il se produit une sclérose circonscrite ou diffuse.

La laryngite des tuberculeux, qu'elle soit ulcéreuse ou non, est constamment marquée par l'évolution d'une des quatre formes du tubercule que nous venons d'énumérer. Il n'existe pas, chez les tuberculeux, de laryngite indépendante de la diathèse. Dans la pseudo-laryngite tuberculeuse, il existe toujours des follicules spécifiques à la période embryonnaire.

L'œdème de la glotte de Trousseau et Belloc est le produit, non d'une infiltration liquide subite, mais d'une poussée confluente de tubercules ou des progrès de sclérose diffuse périfolliculaire dans la muqueuse laryngée.

### 10. — Thrombus en général.

*(Nouv. Dre de Méd. et de Chir. pratiques.)*

(Article didactique résumant l'étude anatomo-pathologique des hématomes interstitiels.)

L'auteur, après quelques considérations préliminaires sur la division du thrombus en spontané et en traumatique ou provoqué, sur son siège, superficiel, profond ou cavitaire, conclut qu'il est presque toujours, sinon toujours le fait des lésions des veines ou des capillaires veineux.

Passant en revue la pathogénie, le mécanisme et le siège du thrombus, il montre que la variété traumatique est due aux chocs violents, aux froissements continus avec attrition des parties profondes. Le thrombus spontané peut apparaître en toute région, sans cause traumatique locale.

Certaines circonstances jouent le rôle de causes prédisposantes. Ce sont la friabilité des vaisseaux, l'état des tissus environnants, la composition du sang.

D'autres causes tiennent à la richesse vasculaire des parties comme les organes et les tissus érectiles, les régions où les veines affectent la disposition plexiforme. La condition *sine qua non* de l'hémorrhagie excessive et rapide, qui motive le thrombus, réside dans le défaut d'hémostase et la disposition du tissu ambiant.

Etudiant ensuite la question, au point de vue anatomo-pathologique, il passe en revue l'état des veines et du foyer sanguin. Considéré en lui-même, et d'une façon générale, on peut dire du thrombus que, plus l'épanchement est ancien, plus le tissu qui loge le sang est homogène, et plus le foyer sera régulier.

D'autre part, les thromhus récents, ceux surtout formés dans des régions accidentées, sont toujours irréguliers et anfractueux.

L'aspect du sang est variable suivant le moment considéré.

Lorsque le thrombus est *récent*, il est constitué par un mélange de sang et de lymphe. Il subit une série de modifications physiques et chimiques. Il se coagule et s'organise.

D'autres fois, il reste liquide, cette liquéfaction pouvant être la conséquence de causes diverses, tenant quelquefois à une lymphorrhagie interstitielle ou à un état dyscrasique.

La suppuration des thrombus dépend de l'infection apportée dans le foyer hémorrhagique. Sans microbes pathogènes, le thrombus ne doit pas suppurer. L'odeur fétide peut dépendre seulement de la filtration de gaz putrides.

Lorsque le thromhus est *ancien*, il est caractérisé par une limitation plus exacte. Il forme une tumeur régulière, constituée par une coque membraneuse qui renferme tantôt un caillot solide et consistant formé par le cruor, tantôt une suhstance diffluente ou tout à fait liquide.

Etudiant la paroi du thrombus, et passant en revue l'opinion des divers auteurs, on ne saurait porter un jugement définitif sur l'existence d'une paroi conjonctive adventice du thromhus. Mais il existe une paroi propre qui peut s'organiser lorsqu'elle communique avec un réseau vasculaire.

Le thrombus peut subir une évolution variahle. Il peut se résorher. D'autres fois, il suhit la transformation putride et suppure. Dans d'autres cas, il s'enkyste.

Il peut s'ouvrir à l'extérieur et cette rupture peut être primitive ou consécutive, l'ouverture succédant à la gangrène, l'inflammation, l'amincissement progressif des tissus.

Les signes du thromhus sont ceux de la contusion à ses différents degrés ou des espèces différentes d'hémorrhagie. — Le diagnostic est facile; le pronostic est lié à la marche et aux diverses complications.

### 11. — Suette miliaire.

(*Nouv. Dre de Méd. et de Chir. pratiques.*)

Après avoir défini la suette miliaire une maladie générale, spécifique et infectieuse, de nature épidémique, caractérisée par de la fièvre, de la constriction épigastrique avec dyspnée, des sueurs très ahondantes et une éruption papulo-vésiculeuse, — l'auteur fait un historique très complet de la question. Il rappelle les diverses épidémies qui ont sévi jusqu'à ce jour, tant en France qu'à l'étranger, avec les caractères particuliers qui les ont signalées.

Il étudie ensuite la marche de la maladie et reconnait plusieurs périodes à son évolutinn : une période prodromique qui peut faire défaut, marquée par des phénomènes variables, lassitude, fatigue musculaire, céphalalgie, vomissements, diarrhée. A la période d'invasion apparaissent des frissons, des douleurs épigastralgiques, des crampes, des sueurs, parfois le hoquet, sous forme de paroxysmes fébriles. A cette période, font suite les périodes d'éruption et de desquamation.

Suivent d'abord l'étude analytique des symptômes : les sueurs, les démangeaisons, la fièvre, les troubles digestifs, respiratoires, uro-génitaux, nerveux; puis les caractéres de l'éruption, — la miliaire pouvant être rouge, bulleuse ou blanche, — son siège, sa marche ; — enfin les caractéres variables de la desquamation et les diverses variétés de la maladie, sa marche, sa durée et sa terminaison. La suette se termine le plus souvent par la guérison, mais d'autres fois elle est trés grave et on peut voir survenir des complications. Celles-ci peuvent être des angines, des accidents congestifs pulmonaires et cérébraux, des bronchites et des broncho-pneumonies. L'auteur insiste sur deux complications, le choléra et la malaria qui semblent présenter avec la maladie des relations étroites.

Le diagnostic est en général facile, basé sur les symptômes, les caractéres de l'éruption. Le pronostic est lié à la gravité ou à la bénignité de la réaction symptomatique.

Quant à la nature de la maladie et à ses causes, on doit la considérer comme étant essentiellement de nature infectieuse, éclatant de préférence dans les pays marécageux à eaux stagnantes, en dehors de la saison hivernale, sans relation avec le climat. Elle frappe tous les âges, mais de préférence les individus de 20 à 30 ans, de constitution robuste, à tempérament sanguin, les femmes plus fréquemment que les hommes, les gens de la campagne plutôt que ceux de la ville. Ces caractères sont variables avec les épidémies.

Pour ce qui est de la question de la contagion et des influences locales, il faut reconnaître qu'on ne saurait pas plus indiquer les causes qui déterminent l'apparition de la maladie chez les individus, que celles qui déterminent l'apparition des épidémies.

Les lésions histologiques de la suette miliaire sont totalement inconnues et l'aspect microscopique des organes et du sang n'a rien de caractéristique.

Le traitement sera symptomatique et c'est surtout aux moyens hygiéniques que le médecin devra s'adresser.

**12. — Recherches bactériologiques et expérimentales sur la rage animale.**

(*Société de Biologie*, janvier 1881. — *Tribune médicale*, 6 février 1881.)

Ce travail est basé principalement sur l'étude et l'inoculation au lapin, des liquides virulents provenant de la malade de l'hôpital Sainte-Eugénie, qui fut l'occasion des premières publications sur la rage, faites par Pasteur, Lannelongue et M. Reynaud, ainsi que des discussions bien connues, auxquelles prirent part Vulpian, Parrot, etc.

Une série de lapins inoculés avec des parcelles du bulbe de l'enfant rabique présentèrent des symptômes de la rage paralytique étudiée par Galtier.

Une deuxième série présenta des symptômes tellement rapides, suivis de mort à courte échéance, foudroyante même, à la fin, que l'on ne pouvait les attribuer à une autre cause sinon à la septicémie progressive de Koch. Les cultures du sang des animaux démontrèrent la justesse de cette appréciation.

Il importe donc de procéder à de telles expériences en se servant de tissus frais, les tissus provenant des autopsies pouvant donner lieu à des méprises dans l'interprétation des résultats.

**13. — Rage humaine.**

(*Dictionnaire de Méd. et de Chir. pratiques.*)

(Dirigé par M. le Pr Jaccoud.)

Ce travail renferme l'exposé aussi complet que possible de la question, avec la nouvelle mise au point, en ce qui concerne la théorie des ferments et des microbes, au moment où la doctrine moderne de la virulence rabique était à peine posée.

Il a été précédé par des recherches bactériologiques et expérimentales, commencées par l'auteur, à l'école vétérinaire d'Alfort, poursuivies au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, et communiquées à la Société de biologie à la fin de janvier 1881.

Après quelques considérations générales sur la rage et l'historique complet de la question, les diverses causes de la maladie sont passées en revue. Chez l'homme, le développement de la rage reconnaît, comme cause unique et nécessaire, la pénétration du liquide virulent sous l'épiderme. Cette pénétration est favorisée par la morsure, lorsque les dents ont pénétré les tissus, par les égratignures, les coups de griffes, le contact de la langue humide avec une plaie ou

une surface dénudée quelconque. Les hommes sont plus exposés que les femmes, les enfants plus que les adultes.

Les lésions anatomo-pathologiques sont ensuite étudiées dans les divers organes : encéphale, moelle, nerfs, appareil salivaire, respiratoire, digestif.

Les symptômes de la rage évoluent en trois stades : la première période, dite d'incubation, dure en moyenne une quarantaine de jours, mais ce n'est pas à un fait constant. Certaines circonstances paraissent hâter l'invasion des accidents. Ce sont: l'âge, le tempérament nerveux, le siège des morsures. La période d'incubation n'est pas toujours latente; certains symptômes réactionnels font parfois leur apparition. Un signe typique est l'apparition de douleurs vives au niveau de la cicatrice ou dans le membre où elle siège.

La deuxième période, vésanie rabique est caractérisée par des troubles d'origine cérébrale qui sont la mélancolie, l'agitation maniaque, une céphalalgie intense, de l'insomnie. Cette période dure de trois à dix jours en moyenne, bien qu'il soit difficile de lui assigner un début avec quelque certitude.

A la troisième période, stade des réflexes ou stade convulsif, apparaissent des troubles d'origine bulbo-protubérantielle. La mélancolie du début dégénère en manie nettement accusée, entrecoupée de moments de lucidité relative de plus en plus rares. Le délire, l'accès furieux, apparaissent à ce moment. A la suite des accès furieux, les malades, épuisés, tombent quelqnefois dans un véritable coma. Les ballucinations sont fréquentes, l'hypéresthésie des sens très marquée, le spasme rabique caractéristique. On observe donc une série de réflexe sensitivo-moteurs et sensorio-moteurs ayant leur point de départ au niveau de la protubérance et du bulbe, des réflexes idéo-moteurs ayant leur point de départ dans l'écorce cérébrale.

Le centre génito-spinal lui-même est intéressé, produisant l'éjaculation fréquente. Au moment des accès, on observe un spasme respiratoire et circulatoire.

Le nombre des accès est très variable; la fièvre apparait constamment dès le début des accès, pouvant s'élever jusqu'à 42 et 43 degrés. La dernière phase est la phase paralytique. La mort arrive généralement au bout de 3 à 4 jours après l'apparition du premier accès.

L'auteur établit ensuite que le germe de la rage est vraisemblablement un être vivant et virulent.

Le sang sert de véhicule au virus ; la virulence se transmet à tous les tissus de l'économie. Le siège principal où se fixe le poison rabique est le système nerveux. La théorie de Duboué (de Pau), bien que peu logique en ce qui concerne le mode de translation du virus par la voie nerveuse, indique avec raison, l'habitat de ce virus dans les nerfs, la moelle et le bulbe. Les études bistologiques de Balzer, Kolesnikoff, etc., cadrent avec cette hypothèse. On ne peut se pro-

noncer sur la question de savoir à quel moment la bave des chiens devient virulente et pendant combien de temps elle conserve sa virulence.

Le diagnostic doit être fait avec la fausse hydrophobie, la dysphagie convulsive, la péricardite, le tétanos, l'accès de délire alcoolique.

Le pronostic de la rage confirmée est fatal, et la mort est la règle.

Le traitement comprend le traitement immédiat, cautérisation, et le traitement tardif.

**14. — Découverte du streptocoque de l'érysipèle.**

(1879-1880.)

Aux cours de ses recherches sur l'infection puerpérale, l'auteur découvrit dans la sérosité des phlyctènes de l'érysipèle et dans des collections purulentes sous-épidermiques post-érysipélateuses, un organisme en longs chapelets de grains, qu'il cultiva à l'état de pureté et qu'il inocula positivement aux animaux.

Ce microbe en chaînettes a été longuement décrit et figuré sous son vrai titre, dans la thèse de l'auteur, antérieurement aux travaux d'origine étrangère.

Une communication de M. le professeur Cornil à l'Académie de médecine en fait foi.

## CHAPITRE II

# OBSTÉTRIQUE

---

Chimie biologique. — Physiologie expérimentale — Anatomie et histologie normales et pathologiques.
Grossesse normale et pathologique. — Accouchement. — Avortement. — Suites de couches.
Fœtus. — Nouveau-né.
Dystocie. — Tératologie.
Traumatismes obstétricaux.
Chirurgie obstétricale.

# TABLE DES MATIÈRES DU CHAPITRE II

## Grossesse normale et pathologique



## Accouchement. Dystocie. Avortement. Délivrance

### Fœtus. Nouveau-né. Lait. Allaitement. Tératologie.



### Suite de couches normales et pathologiques.

## Traumatismes obstétricaux. — Chirurgie obstétricale.

### 15. — Science et art des accouchements.

par W. Th. Lusk.

(Prof. d'Obstétrique, des maladies des femmes et des enfants, à Bellevue Hospital).

(824 pages de texte avec 236 figures et 2 planches hors texte.)

**Traduit de l'anglais, avec commentaires et annotations,** par A. Doléris, *chef de clinique de la Faculté.* Paris, 1884, Steinheil, *édit.* (*Préf. du Prof. Pajot.*)

La traduction de cet ouvrage a eu pour objet d'initier les accoucheurs français à la pratique obstétricale américaine qui s'inspirait des principes des différentes écoles européennes et des traditions originales des accoucheurs américains.

C'est un exposé impartial et très éclectique des doctrines professées à cette époque. Th. Lusk était un esprit clair et précis ; son livre est simple, savant et bien ordonné.

A l'aide de nombreuses annotations, l'auteur l'a mis au point par rapport à la science française.

L'ouvrage comprend 37 chapitres, classés d'une façon qui diffère assez notablement de la tradition française.

Les notions les plus neuves que l'on y trouve exposées portent sur :

1° la physiologie de la nutrition fœtale dans la grossesse gémellaire, monstres acardiaques ;

2° la pathologie des suites de couches ; théorie parasitaire de l'infection puerpérale ;

3° les opérations chirurgicales pendant la grossesse ;

4° la grossesse extra-utérine ;

5° le bassin plat non rachitique ;

6° les différents procédés de version ;

7° les ruptures de l'utérus gravide.

### 16. — Superfétation. — Superfécondation.

(*Nouv. Dre de Méd. et de Ch. pratiques.*)

(Dirigé par M. le Pr Jaccoud).

De toutes les définitions de la superfétation fournies par les auteurs, celle de Saint-Cyr paraît la meilleure. On ne doit donner ce nom qu'au résultat d'une deuxième fécondation opérée alors que l'utérus est déjà occupé par un premier

produit. La superfécondation s'appliquerait à l'imprégnation d'ovules multiples, dans la même période d'ovulation. Quelles que soient les définitions, le phénomène n'en reste pas moins mystérieux et ne peut être scientifiquement démontré.

L'auteur étudie, dans un cadre parallèle, les théories et les faits allégués dans l'obstétrique vétérinaire et dans l'obstétrique humaine.

Les premiers trouvent leur interprétation naturelle dans les conditions mêmes de l'auteur mâle. La jument fécondée par le baudet, qui met bas un premier poulain qui lui ressemble, et un mulet qui tient à la fois du père et de la mère, n'offre pas un exemple certain de superfétation. De même la chienne de race pure fécondée par un chien des rues et qui procrée des petits de race différente et de poil varié, démontre simplement que les produits se ressentent de l'impureté de la race du père et non pas qu'elle a été fécondée successivement par des chiens de race différente.

L'*infection* trouve une explication dans un phénomène analogue.

Pour l'espèce humaine, l'infection n'a jamais été prouvée, malgré le cas bien connu de Buffon. Et, quant à la superfétation appuyée sur le volume inégal des enfants expulsés simultanément, ou sur l'expulsion de deux fœtus d'égal développement à des intervalles plus ou moins éloignés, ce que l'on sait aujourd'hui de la grossesse gémellaire et des particularités du développement des jumeaux, en rend parfaitement compte, sans qu'il soit besoin d'invoquer la supérfétation.

Les cas qui pourraient paraître probants, sont très anciens et présentent un caractère apocryphe, sans nulle garantie scientifique. Leur relation a été fournie par des gens étrangers à la médecine. Depuis un siècle, grâce à une observation plus rigoureuse et plus vraie, pas un seul cas de superfétation n'a été mentionné.

Les faits les plus probants en apparence sont les plus invraisemblables. On ne saurait admettre la fécondation d'un nouvel ovule, alors que l'utérus est occupé par un œuf de cinq ou six mois. Les conditions anatomiques s'y opposent. La superfécondation, c'est-à-dire la fécondation, dans une même période de rut ou de menstruation, d'ovules multiples éliminés simultanément à l'état de maturité parfaite, doit être admise de toute nécessité, l'intervalle qui sépare la fécondation des œufs jumeaux n'étant point un problème résolu.

Suivent des considérations de médecine légale concernant la primogéniture et le désaveu de paternité.

Les conclusions de ce travail ont été généralement adoptées par les auteurs classiques.

**17. — Recherches chimiques sur le sang maternel, le sang fœtal, le sang du cordon ombilical, le sang placentaire.**

PARALLÈLE ENTRE LE SANG DE LA MÈRE ET CELUI DU FŒTUS

(En collaboration avec M. le Dr Quinquaud.)

(*Nouvelles Archives d'Obst. et de Gynéc.* 1888.)

L'auteur rappelle que les travaux d'hématologie spéciale de la gestation, fondés sur une série de données certaines, ont établi d'une façon incontestable l'existence de l'anémie gravidique. La vitalité de la mère est augmentée, son organisme fabrique pour deux, il est vrai, des éléments de nutrition, mais un seul en profite. Il y a nutrition pour le produit, dénutrition pour la mère; d'une façon générale, toutes les fonctions sont modifiées et la grossesse est, pour beaucoup de femmes, la cause d'un certain dépérissement.

Dans la constitution du sang, on trouve le principe et la résultante de la vie organique et on est fondé à établir un certain nombre de conclusions d'après son analyse chimique. Les analyses, faites suivant le procédé ancien de Lecomte modifié par Schützenberger et Quinquaud, ont permis d'arriver aux conclusions suivantes :

1° Sang de la mère.

Pendant toute la durée de la grossesse, l'hémoglobine subit une diminution constante et progressive, sans qu'il soit possible d'établir une règle concernant la proportion de la perte mensuelle d'hémoglobine, qui peut varier beaucoup d'une femme à une autre, mais qui existe toujours.

Cette destruction, tantôt forte, tantôt faible, de la substance oxygénifère du sang, pendant la grossesse, explique la production possible d'anémies réellement graves dont l'origine se retrouve dans une ou plusieurs grossesses malheureuses, dont les malades n'ont jamais pu se relever complètement. L'auteur cite deux cas d'anémie gravidique minimum et maximum.

Dans le premier, la quantité d'hémoglobine qui était de 106,70/1000 et le pouvoir respiratoire de 204 0/1000 à la fin du 2e mois, est tombée à 104,2 (hémoglobine) et 200,5 (pouvoir respiratoire) au 9e mois.

Dans le 2e cas, à la fin du 1er mois, hémoglobine à 93 0/1000 et pouvoir respiratoire à 180; à la fin du 9e mois hémoglobine à 65,5, pouvoir respiratoire à 123.

Les matériaux solides du sérum subissent également une diminution constante, mais tout aussi variable d'un sujet à l'autre.

2° Sang du fœtus.

Pendant la durée de la grossesse, le sang de la veine ombilicale est plus pur, d'une constitution supérieure à celui de l'artère ombilicale. La différence de composition de ces deux sangs indique, dans une certaine limite, le coefficient de nutrition du fœtus. A l'approche du terme de la grossesse, l'apport par la veine ombilicale est moindre, et le sang contenu dans les artères est plus riche que celui contenu dans la veine. Il semble qu'il y ait, dès ce moment, un commencement d'individualisation de l'hématopoïèse fœtale.

Sang de la veine ombilicale.

Le sang recueilli immédiatement après la section du cordon, les artères ombilicales ayant été, au préalable, isolées et comprimées, contenait des proportions notables d'hémoglobine et de matières solides du sérum. Son pouvoir oxydant était considérable.

Des observations rapportées par l'auteur, il résulte :

1° Que la qualité du sang paraît être en rapport avec la force de l'enfant pour ce qui est du chiffre de l'hémoglobine ;

2° La proportion des matières solides du sérum ne s'éloigne pas d'une moyenne approximative : 87,50 0/1000.

Deux nouvelles observations de l'auteur démontrent que le sang de la veine ombilicale recueilli tardivement présente, dans sa composition, une diminution appréciable de l'hémoglobine et du pouvoir respiratoire. A cette diminution correspond une augmentation des matériaux solides du sérum.

Sang des artères ombilicales.

Le sang des artères ombilicales, recueilli avant la première inspiration, s'est toujours montré très riche en hémoglobine. Dans une série de sept cas, l'auteur a toujours retrouvé cette forte proportion d'hémoglobine, de même que l'augmentation du pouvoir respiratoire. En revanche, la proportion des matériaux solides du sérum était amoindrie.

Dans trois observations, où l'analyse du sang de la veine a été faite en même temps que celui des artères ombilicales, il est nettement démontré que le sang des artères est plus riche en hémoglobine et moins riche en matériaux solides du sérum que celui de la veine ombilicale. En d'autres termes, le milieu intérieur du fœtus est supérieur en organisation au contenu de la veine, qui peut être considérée comme faisant partie de son milieu extérieur, jusqu'au moment de sa pénétration dans l'organisme fœtal.

Trois observations rapportées par l'auteur démontrent que le sang de la mère est, par rapport à celui du fœtus, le moins riche en hémoglobine. Son pouvoir oxydant est moindre.

Le sang du placenta est un mélange de sang maternel et fœtal.

### 18. — Action de l'hyperthermie sur la marche de la gestation et la vitalité du fœtus.

(En collaboration avec M. Doré.)

(*Mémoire à la Société de Biologie*, 21 juillet 1883.)

Il s'agissait de démontrer le rôle de l'hyperthermie sur la gestation et sur le fœtus, et de vérifier la légitimité de l'opération césarienne, sur la femme enceinte, au cours des pyrexies.

Ce travail a eu pour but tout d'abord, de contrôler les expériences de Runge de Dorpat, sur l'avortement et la mort du fœtus *in utero*, durant les maladies pyrétiques de la mère. Ensuite, de rechercher si d'autres causes que l'hyperthermie ne permettaient pas d'expliquer les accidents d'une façon plus rationnelle.

Sur le premier point, les expériences, qui ont porté sur quatorze femelles en état de gestation, ont montré les nombreuses défectuosités de la méthode expérimentale suivie par Runge qui plaçait les animaux dans des étuves portées à 40° et plus, et les faisait ainsi mourir par surchauffage (*coup de chaleur*).

Le premier résultat obtenu par l'auteur a été de mettre en évidence un fait physiologique insoupçonné : Des femelles pleines dont la température normale est en moyenne 39° c. (lapines) placées en liberté dans une étuve spacieuse, dont le calorique intérieur ne dépasse pas 33, 35, 37° peuvent acquérir, au bout d'un temps variable, et par accumulation de la chaleur intérieure, une hyperthermie de 2 et 3 degrés. Leur température atteint 41, 42, 42° 5, sans qu'elles aient à souffrir du coup de chaleur. Ainsi se trouve réalisé, pour la partie hyperthermie, l'élément fièvre, incriminé dans les pyrexies.

Le résultat positif est que, dans ces conditions qui réalisent une fièvre artificielle, avec une hyperthermie prolongée on ne constate ni l'avortement ni la mort du fœtus.

Au contraire, le surchauffage tue rapidement le fœtus, puis la mère.

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

1° Les hautes températures obtenues par le surchauffage tuent rapidement la mère et le fœtus.

2° Une femelle pleine peut être surchauffée jusqu'à 43° de température et survit, ainsi que ses petits, longue l'expérience est très courte et arrêtée à temps.

3° Les femelles chauffées à l'étuve à 35, 36, 37°, jusqu'à 42°5 et plus, de température rectale, lentement, pendant longtemps, plusieurs fois par jour, survivent et mettent bas des petits vivants. On n'observe, durant l'expérience, que de l'anhélation et des sueurs assez abondantes, avec un peu d'agitation au bout de

quelques heures. Il n'y a nul inconvénient à placer, de temps en temps, les animaux pendant quelques minutes au contact de l'air frais. Cela ne nuit point au but de l'expérience, l'hyperthermie se maintenant quelque temps, comme cela a été dit.

4° Jamais et dans aucune expérience, les auteurs n'ont observé l'avortement, pas plus que Runge du reste.

5° Les animaux offrent parfois des différences assez sensibles au point de vue de leur résistance à la chaleur, de leur facilité à acquérir une hyperthermie notable, et à la conserver, enfin au point de vue de leur chaleur normale propre avant l'expérience.

Les conclusions des expériences de Runge se trouvent donc controuvées.

La température, dans les pyrexies, n'est point l'élément réellement dangereux pour la gestation. L'excitation des centres nerveux, l'intoxication du sang et de l'organisme par les germes pathogènes de l'infection en cours, doivent jouer un rôle autrement prépondérant. En effet, le choléra, la syphilis, la tuberculose, font incontestablement plus de victimes, au point de vue spécial de la gestation, que n'en font bien des pyrexies. Parmi les pyrexies, ce ne sont pas celles qui donnent lieu à l'hyperthermie la plus accusée qui amènent plus sûrement l'avortement et la mort du fœtus, témoin la rougeole. Ce double résultat dépend plus rationnellement de l'infection et de ses conséquences.

*N. B.* — A la suite de la publication de ce mémoire, *Runge* a repris ses expériences. *Prayer* en a institué de semblables et les conclusions de ces nouvelles recherches donnent raison aux idées soutenues par l'auteur, dans ce mémoire.

### 19. — Albuminurie de la grossesse.

(*Société de Biologie*, 21 juillet 1883.)

Ce mémoire résume des recherches entreprises dès 1881, au laboratoire de la Clinique d'accouchement. Il sert de base à une interprétation théorique de l'éclampsie puerpérale qui fait suspecter l'étiologie infectieuse ou septique de la maladie, sans arriver à une démonstration complète de cette doctrine.

Les albuminuries légères de la fin de la gestation, qui sont vraisemblablement liées à la gène de la circulation veineuse, uniquement, ne sont pas en cause.

Il s'agit ici des troubles néphrétiques intenses qui apparaissent au cours de la gestation, s'accompagnent d'albuminurie, et de phénomènes graves, entre autres l'éclampsie.

L'urine des malades qui en sont affectées, puisée directement dans la vessie, avec toute la rigueur expérimentale possible et mise en culture, recèle des

organismes et des germes d'organismes qui se multiplient dans les milieux appropriés.

L'auteur y a trouvé, entre autres un microbe qui cultive rapidement dans l'étuve portée à une température moyenne (35° c.) et beaucoup plus lentement aux températures inférieures. Il est constitué, à l'état parfait, par de très longues chaines noduleuses composées de très courts segments bacillaires, entrecoupés parfois de grains ou de séries de grains très réfringents. Dans certaines conditions, il apparaît presque complètement moniliforme, ou bien les articles de la chaînette sont étranglés à leur milieu. L'urine qui le contient reste acide ; elle devient, dans quelques cas rares, très légèrement alcaline. Un dépôt floconneux s'élève du fond du vase ; les sels déposent, un précipité blanc grisâtre se forme.

Les cultures de cet organisme, injectées dans la jugulaire du lapin, amènent des troubles rénaux dans les 24 heures.

L'urine des animaux devient albumineuse en proportion de la masse du liquide injecté. La mort survient en trois ou quatre jours, avec des phénomènes tantôt convulsifs, tantôt paralytiques ; ralentissement de la respiration et hypothermie. La température, qui est normalement chez le lapin de 39, descendait à 32 assez longtemps avant la mort.

La culture du sang et de l'urine renfermait l'organisme injecté ; les organes n'étaient point le siège de suppuration.

On en pourrait conclure que la gestation qui entretient une congestion relative des viscères, du rein en particulier, et apporte un certain retard aux éliminations naturelles (rénale, intestinale particulièrement), au cours du sang et à son épuration crée une opportunité constante aux infections. Cette opportunité morbide est déjà démontrée par la gravité anormale de l'albuminurie, de l'ictère, de la pneumonie, etc., sans parler d'un grand nombre d'infections légères au cours de la grossesse.

La doctrine classique de l'*état puerpéral* qui resume l'idée de la susceptibilité plus grande et de la moindre résistance aux maladies, se précise mieux avec la double conception de l'*encombrement des émonctoires*, de la *difficulté des éliminations* en cas d'*hétéro-infection*. L'auteur estime que c'est là un terrain de recherches très considérable. On comprendra mieux de la sorte les effets de l'encombrement, des saisons, certains faits d'épidémicité de l'albuminurie, de l'éclampsie, inexplicables au premier abord.

*N. B.* — Ce sont là des expériences de début qui fournissent quelques premiers indices sur la toxicité positive de l'urine de certaines albuminuriques éclamptiques.

Les recherches plus précises de Bouchard ont montré que cette toxicité diminuait au cours de l'urémie par l'accumulation dans le sang des poisons non éliminés par le rein encombré ou malade.

Et quant à la présence de micro-organismes, bien que leur rôle ne puisse être précisé absolument, les recherches ultérieures de Delore, Blanc, Favre, Combemale, etc., confirment la réalité des observations de l'auteur.

### 20. — Albuminurie gravidique et éclampsie.

(En collaboration avec le Dr Pouey, de Montevideo.)

(*Société de Biologie*, 18 juillet 1885.)

Les recherches publiées par l'auteur en 1883 posaient, sans la résoudre, la question de l'influence pathogénique possible d'une infection préalable, chez les femmes enceintes affectées d'albuminurie grave, pour produire l'éclampsie.

Des opinions analogues s'étant produites depuis, il était utile, vu la complexité des théories, de reprendre dans son entier la question des albuminuries gravidiques.

1° Contrairement à l'opinion assez généralement acceptée, l'urine des femmes enceintes renferme rarement de l'albumine. D'après des centaines d'analyses pratiquées avec le réactif de Tanret, très sensible comme on sait, sur des femmes arrivées au 9e mois de la gestation, période la plus favorable à l'apparition de l'albuminurie, l'auteur n'a trouvé qu'une albuminurique sur 20 femmes.

Les albuminuries du début et du cours du travail ont été écartées, en raison de leur origine mécanique ou traumatique.

2° L'urine de 50 femmes enceintes non albuminuriques, recueillie dans la vessie avec la sonde stérilisée, aussi aseptiquement que possible, a présenté des micro-organismes variables. Dans la proportion de 1/5.

L'urine recueillie, dans les mêmes conditions, chez 20 femmes albuminuriques, renfermait constamment des micro-organismes.

3° Le sang des femmes enceintes albuminuriques renferme quelquefois des micro-organismes. L'inconstance des résultats peut être attribuée, soit à la stérilité réelle du milieu sanguin dans la plupart des cas, soit à l'insuffisance du prélèvement très minime du sang obtenu par une piqûre au doigt.

4° Chez cinq éclamptiques albuminuriques, l'*urine* renfermait constamment des micro-organismes rendus évidents par la culture. Le *sang*, dans deux cas seulement sur cinq, a cultivé d'une façon positive. L'infection du sang a marché parallèlement avec les accidents éclamptiques. Nombreux pendant la période d'état, les microbes ont disparu 16 jours après la dernière attaque, en même temps que l'albumine disparaissait de l'urine. Ces microbes étaient des cocci en chaînettes et en grappes, streptocoques et staphylocoques.

Une dernière conclusion ressort de ces recherches : c'est que la gestation

ne joue qu'un rôle secondaire dans l'albuminurie gravidique et que, presque toujours, on trouve la cause véritable du trouble rénal, dans un accident immédiatement antérieur à la gestation ou contemporain de cet état.

Il faut exonérer le gravidisme du rôle pathogénique qu'on lui assigne trop facilement et à propos de tout, et s'habituer à retrouver la femme malade derrière la femme enceinte.

*N. B.* — En ce qui concerne la signification de la présence de micro-organismes dans l'urine, les expériences qui précèdent ont perdu une partie de leur valeur depuis que la bactériologie urinaire a été bien étudiée, sans que cependant la constance des résultats cesse d'être fort intéressante.

Quant à la présence de bactéries dans le sang des éclamptiques, l'inconstance des résultats ne permettait pas d'en déduire une conclusion ferme sur la nature infectieuse microbienne de cette affection. Cette conclusion n'a donc point été énoncée dans ce travail, et c'est à tort que quelques auteurs en ont pris texte pour soutenir la doctrine de l'*Eclampsie, maladie microbienne.* Des recherches ultérieures ont visé un élément pathogénique nouveau en cherchant à préciser la nature du poison éclamptique.

### 21. — Recherches chimiques et expérimentales sur l'éclampsie. — Découverte d'une substance cristalline toxique dans le sang des éclamptiques. — Foie éclamptique.

(En collaboration avec Butte.)

(*Société de Biologie*, 20 février 1886.)

Les recherches ont porté sur cinq éclamptiques observées pendant l'année 1885 à la Clinique d'accouchements de la Faculté.

En présence des résultats inconstants de l'analyse bactériologique et guidé par la pensée que l'éclampsie pouvait avoir pour cause une intoxication par des substances analogues aux ptomaïnes, l'auteur a voulu voir si le sang ne recélait pas, dans ces cas, des alcaloïdes de cette sorte, avec les réactions chimiques et physiologiques qui leur sont propres.

Voici le procédé d'analyse, fort simple, employé : 150 à 250 grammes du sang recueilli par la saignée ont été additionnés d'un volume double d'éther. Repos de 24 à 28 heures après agitation prolongée ; décantation. Nouveaux traitements successifs du sang par l'éther, mélange des liqueurs éthérées, filtration et évaporation. Traitement du résidu par l'acide chlorhydrique très étendu, filtration et évaporation par l'étuve.

Un résidu cristallin pur ou presque pur a été obtenu dans quatre cas.

Ces cristaux sont de petites paillettes nacrées, brillantes, étoilées ou fasciculées, à l'œil nu.

Au microscope, ce sont de longues aiguilles à bords parallèles ou fusiformes, terminées en biseau à une extrémité et figurant la lame d'une épée antique ou un trapèze très allongé.

Dimension, de 20 à 50 µ. ; disposition en balai, en éventail, ou en étoile, Insolubles dans l'eau, peu solubles dans l'alcool, solubles dans l'éther et l'eau acidulée. Ils n'offrent pas les variations attribuées par Selmi aux ptomaïnes traitées par l'acide chlorhydrique, l'acide iodique, le bicabornate de soude, etc.

Soumis à l'examen et au contrôle de MM. Gréhant, Pasteur, Roux, Quinquaud, ces cristaux n'ont pu être déterminés. Roux n'a pu retrouver la présence des bases minérales les plus communes (potasse, soude, magnésie...).

Ils diffèrent des cristaux signalés par Charcot et Vulpian dans le sang des leucocythémiques, et analysés par Schreiner, en ce que ceux-ci sont insolubles dans l'éther.

*Expériences.* — 1° Une solution hydro-alcoolique de ces cristaux a été injectée à deux rats dont le plus petit est mort.

L'expérience a été répétée sur quatre forts moineaux de la même nichée, avec des quantités presque infinitésimales de la solution sur trois, et avec le liquide hydro-alcoolique pur sur le quatrième pris comme témoin. Les trois premiers sont morts en 5 et 6 heures avec de l'excitation d'abord, puis des phénomènes paralytiques et comateux ; le quatrième est resté indemne.

Tels sont les résultats obtenus avec le sang de quatre éclamptiques dont trois sont mortes.

Chez une cinquième qui a guéri, l'analyse n'a point démontré dans le sang la substance cristalline qui a fait le sujet de ces expériences.

2° L'analyse de l'urée a été faite assidument dans le sang de ces malades, au cours des accidents éclamptiques.

On doit conclure de cette recherche spéciale que la quantité d'urée contenue dans le sang ne subit que de faibles modifications, et la trop légère accumulation constatée généralement ne peut suffire pour expliquer les accidents de l'éclampsie.

3° Enfin l'auteur, d'après ses constatations et ses études personnelles, affirme que les faits cliniques et anatomiques démontrent la participation quelquefois prépondérante du foie, dans la pathogénie de l'éclampsie.

**22. — Nouvelles recherches sur la pathogénie de l'Éclampsie. — Découverte d'une substance toxique dissoute dans le sang. — Foie éclamptique.**

(En collaboration avec Butte.)

(*Société de Biologie*, 27 février 1886.)

Une sixième éclamptique observée à la maternité de l'hôpital Ténon a fourni les éléments de ce nouveau travail. L'albuminurie fut constatée après un grand nombre d'attaques. La malade succomba 72 heures après le début.

Examen des organes 19 heures après la mort.

L'examen a porté spécialement sur le *foie* et sur le *rein*.

*Foie*. — Le foie a subi une augmentation de volume considérable. Obstruction des voies biliaires par des calculs demi-solides occupant le confluent des grands canaux de la bile.

L'étude histologique a été faite sur des préparations obtenues par M. Gilbert, interne des hôpitaux. Les cellules hépatiques ont subi un accroissement notable de volume; elles sont le siège d'une tuméfaction trouble. Congestion vive des veines sus-hépatiques, des veines intra-lobulaires et des capillaires centraux des lobules. Les autres vaisseaux et conduits sont inaltérés. Infiltration embryonnaire du tissu conjonctif des espaces. Ces lésions réalisent exactement les lésions *de l'hépatite parenchymateuse des toxémies*.

*Reins*. — La portion médullaire a subi une réduction de volume notable; elle est pâlie et revenue sur elle-même. Coloration biliaire du tissu. D'après les préparations histologiques faites par M. Strauss, médecin des hôpitaux, il s'agit d'une *néphrite épithéliale*, avec tuméfaction trouble des cellules, hyperplasie des éléments des tubuli.

Expériences sur le sang.

Quatre échantillons ont été prélevés au cours de la maladie, et ont été traités comme précédemment par l'éther et par des lévigations successives.

Des cristaux ont été obtenus comme dans les cas antérieurement étudiés. — Leur analyse a été poussée plus à fond. Il en résulte une certaine analogie avec les ptomaïnes.

Un cobaye a été tué par une dose faible de la solution de ces cristaux.

En outre, un extrait alcoolique acide, non éthéré et soumis à l'évaporation, a été obtenu avec une certaine quantité de sang réservé à cet effet. Il a été soumis à des réactions nombreuses.

Un lapin et un cobaye ont été tués par l'injection de cet extrait, après avoir présenté de l'excitation suivie de somnolence et de coma.

Le foie de ces animaux, examiné par M. Gilbert, aujourd'hui professeur agrégé, présentait des lésions analogues au foie de la malade : cellules hépatiques très granuleuses ; congestion des veines sus-hépatiques.

L'examen bactériologique est resté négatif.

*
* *

*N.-B.* — **En résumé, la série des recherches qui précèdent paraissent démontrer l'existence de substances toxiques dans le sang des éclamptiques.**

**Elles démontrent aussi que le foie, aussi bien que le rein, est touché par l'intoxication. Les lésions du foie sont indéniables et l'auteur les a mises en relief le premier en France. Depuis, ces données ont été reprises et confirmées par divers auteurs. (Pilliet, Bouffe de Saint-Blaise.)**

**La question de l'éclampsie y a gagné cette donnée certaine de la *toxémie*. Maintenant, quelle est sa source; quel est son rôle et quel est son rang dans la pathogénie du mal ? Les lésions organiques récentes, presque toujours diffuses et multiples plus qu'on ne le croyait, ne fournissent qu'une réponse insuffisante.**

**Elles permettent néanmoins, en raison de leur multiplicité, d'écarter aujourd'hui l'idée exclusive de l'*insuffisance rénale* par congestion, spasme, compression, lésions anciennes des reins, etc..., et la *théorie nerveuse* pure. L'étiologie toxique a donc des sources multiples (rein, foie, intestin).**

**23. — Éclampsie à six mois de grossesse. — Albuminurie sans œdème. — Seize attaques. — Traitement par la saignée. — Guérison.**

(*Archives de Tocologie*, juillet 1874, p. 438.)

**24. — Éclampsie et chloroforme.**

(*Archives de Tocologie*, 1885.)

Après avoir eu recours pendant plusieurs années et avec succès au chloroforme, dans les cas d'éclampsie, l'auteur a noté plusieurs insuccès depuis plus de deux ans à la clinique d'accouchement.

Il rappelle que la pathogénie de l'éclampsie est encore très obscure. Dans les autopsies de femmes mortes éclamptiques qu'il a eu l'occasion de pratiquer, il a

noté des altérations viscérales très variables; il croit que le foie joue un rôle évident dans la production de certaines éclampsies; il en a eu lapreuve dans l'étude histologique de cet organe qu'il a pratiquée à plusieurs reprises.

Il ne croit pas qu'il puisse exister une méthode unique de traitement et se montre partisan d'une thérapeutique éclectique.

### 25. — Formes rares de l'éclampsie.

(*L'Obstétrique*, 1898.)

Des recherches bactériologiques faites sur le sang et sur les urines de trois malades sont restées sans résultat.

Des études antérieures consignées dans divers travaux, notamment dans une série de communications présentées à la Société de Biologie par l'auteur, l'avaient conduit à affirmer, dans certains cas, la présence dans le sang des éclamptiques, de microorganismes, dont l'action pathogène ne s'était pas révélée chez les animaux inoculés, mais qui témoignaient néanmoins d'un état d'infection relative du milieu sanguin.

D'autres recherches avaient ultérieurement démontré que le sang des éclamptiques recèle parfois des cristaux indéterminés encore, et capables d'amener des symptômes morbides, de nature nerveuse, chez le rat, le cobaye et les petits oiseaux. Ce fait plus général et plus positif que la présence des mibrobes dans le sang, cadre avec ce que l'on sait aujourd'hui de la nature du spasme éclamptique, dans lequel l'arrêt des sécrétions amène brusquement la rétention, dans l'organisme, de matières toxiques de nature extractive dont les émonctoires naturels, momentanément supprimés par la névrose éclamptique, n'ont pu débarrasser l'économie.

Dans les trois cas qui ont servi aux travaux relatifs à la période d'études plus récente, l'élément nerveux, pour deux d'entre eux, paraissait prédominant. Dans le troisième, il s'agissait d'une forme grave d'urémie, à type respiratoire, asphyxique, sans accès, ayant déterminé une forme adynamique pseudo-comateuse de l'éclampsie, dès le début des accidents.

Ceci explique peut-être le résultat négatif de l'examen bactérioscopique dans ces trois cas.

**26. — Endométrie déciduale, exfoliatrice. Caduque expulsée pendant la grossesse, sans avortement consécutif.**

(*Société de Biologie*, 17 mars 1883.)

L'auteur, après avoir rappelé une observation du Dr M. Rey, dans laquelle il y eut un intervalle de plus de 10 jours entre la sortie du fragment de caduque utérine et de l'œuf, une autre de Duncan dans laquelle l'élimination partielle de la caduque vraie fût effectuée vers le 6e mois de la grossesse, sans qu'il y ait eu avortement, et une troisième de Charpentier analogue à la deuxième, rapporte une observation personnelle. Il s'agit d'une femme de 27 ans, qui a été enceinte quatre fois. A trois de ses grossesses, elle a éliminé, à la suite d'une hémorrhagie et sans aucun des symptômes réactionnels ou locaux qui annoncent la fausse couche, des lambeaux membraneux larges et épais reconnus pour être la muqueuse utérine ou caduque vraie. — L'expulsion a eu lieu une fois à 3 mois et demi ; la deuxième fois à 6 mois et la troisième fois à 5 mois. — Le lambeau expulsé était toujours considérable et a été chaque fois reconnu par MM. Campbell et Charpentier.

Les trois grossesses ont suivi leur marche normale et la femme a accouché à terme. Pas d'utérus double, pas de grossesse gémellaire, pas d'insertion vicieuse. Il s'agit peut-être d'une maladie de la caduque, d'une *endométrite exfoliatrice*. A l'examen histologique, l'auteur a trouvé des thromboses superficielles et profondes, les glandes remplies de globules sanguins, de l'hyperplasie conjonctive du tissu décidual. L'avulsion a eu lieu par un processus hémorrhagique survenu dans la profondeur de la caduque.

Ce mémoire a inspiré la thèse du Dr Landa (Paris, 1883), où se trouvent relatées longuement les recherches histologiques de l'auteur et la reproduction, des coupes en 2 planches chromolithographiques, 5 figures.

**27. — Hémorrhagie abondante pendant la grossesse, par rupture d'une varice du clitoris.**

(*Archives de Tocologie*, février 1874, p. 123.)

Observation d'un accident observé rarement et qui prête à des considerations intéressantes sur le diagnostic différentiel des hémorrhagies gravidiques.

**28. — Rougeole chez une femme enceinte de six mois. — Accouchement prématuré au cours du 7e mois.**

(*Archives de Tocologie*, juin 1874, p. 375.)

La rougeole a été rarement observée chez la femme enceinte. Malgré la bénignité apparente de cette affection, il est intéressant de constater que, même en l'absence de complications graves, le poison rubéolique est capable d'interrompre le cours de la gestation.

**29. — Pneumonie chez une femme enceinte de six mois. — Accouchement spontané avant terme, après une demi-heure de travail. — Mort de la mère huit heures après la délivrance; enfant vivant. — Autopsie; lésions valvulaires.**

(*Archives de Tocologie*, juillet 1874, p. 442.)

**30. — Vaginites de la grossesse.**

(*L'Obstétrique*, 1898, p. 163.)

Dans les cas que nous avons eu l'occasion d'observer, nous n'avons jamais trouvé de gonocoques. Le pus contenait soit des *streptocoques* (généralement sans action pathogène pour le lapin), soit des *staphylocoques*. Nous avons retrouvé plusieurs fois, soit seul, soit associé à l'un des microbes précédents, un *bacille* très mince, un peu plus court que celui de la tuberculose, ne poussant pas ou poussant très mal sur les milieux de cultures habituels; on observe aussi, dans certains cas, de petits *diplobacilles* ovoïdes, encapsulés, assez analogues au pneumocoque, mais n'ayant pas les mêmes réactions de culture.

**31. — Contribution à l'histoire des myomes utérins dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement. — Leur influence variable sur la marche du travail.**

(*Archives de Tocologie*, 1883).

I. — Dans la première partie de ce mémoire (43 pages de texte, 1 figure et une planche de 4 figures hors texte), l'auteur étudie le côté clinique et pratique de la question.

Il expose l'histoire de deux malades qu'il a eu l'occasion d'observer.

La première, âgée de 40 ans, fut apportée à la clinique d'accouchements dans un état fort grave.

Depuis 8 jours, elle avait perdu les eaux en abondance, et la perte du liquide amniotique avait été suivie d'un écoulement vaginal très fétide, alternant avec des hémorrhagies. A l'examen, on constate aisément que l'œuf est putréfié et de plus, on perçoit une crépitation superficielle sur toute l'étendue de l'abdomen, atteignant la racine des cuisses et la base du thorax jusque vers la partie postérieure du tronc, crépitation due au développement de gaz.

Le col utérin est long de 5 centimètres, l'excavation libre, la tête en O I G A à peine engagée. Le travail se faisait très lentement, le tissu cervical semblait induré sur un point et comme fibreux. Malgré toutes les tentatives faites par le professeur Charpentier pour amoindrir la tête, on ne put parvenir à extraire le fœtus ; il existait un obstacle insurmontable. La malade ne tarda pas à mourir.

L'autopsie montra qu'il s'agissait d'un myome interstitiel développé à l'union du col et du corps de l'utérus, siégeant du côté gauche et contribuant à maintenir le col très haut dans la zone supérieure de l'excavation. Son volume approchait de celui d'une tête de fœtus à terme, sa consistance était considérable.

Cet examen anatomique a encore permis de se rendre compte que l'amincissement de la partie cervicale droite supérieure, et la différence d'épaisseur avec les parois du corps ne sont pas aussi considérables que l'ont soutenu Braune et Bandl.

L'examen du sang pratiqué très peu de temps avant la mort n'a pas révélé la présence de nombreux micro-organismes. L'examen pratiqué 10 heures après la mort et plus tard, a montré des microbes en proportion croissante. Les phénomènes graves observés pendant la vie, l'emphysème sous-cutané doivent être rattachés à des manifestations septicémiques — à une intoxication putride.

Cette observation montre bien que les myomes interstitiels sont ceux qui font courir les plus grands dangers, et sont une cause de dystocie qu'il n'est pas toujours aisé de diagnostiquer. Parmi ceux-ci, les plus dangereux sont ceux qui ont pris leur développement dans le segment inférieur.

Ils agissent autant par obstruction que comme obstacle à la dilatation. Il paraît judicieux de songer à l'existence d'une tumeur interstitielle occupant la trame de l'utérus, dans un point inaccessible aux moyens d'exploration ordinaires, chaque fois que le col ne se dilate pas et qu'il est bien avéré qu'il ne s'agit point d'une contracture ou d'un obstacle tenant à la texture même du cervix.

Pour éclairer le diagnostic, dans ces cas embarrassants, il importe de faire le toucher manuel et de ne pas se contenter du toucher digital comme on le pratique avec 1 ou 2 doigts.

La deuxième observation rapportée par l'auteur est celle d'une primipare âgée de 36 ans qui, arrivée au terme de sa grossesse, présentait deux tumeurs nettement perceptibles. L'une était constituée par la tête du fœtus, l'autre par un myome développé aux dépens du segment inférieur de l'utérus, occupant la région postérieure latérale gauche de l'excavation et accessible par l'abdomen. Le col est complètement effacé et dilaté comme une pièce de 2 francs.

L'état de la malade n'étant pas très satisfaisant, le fœtus ayant perdu du méconium et la dilatation ne progressant pas, on se décide à faire la craniotomie. Le lendemain, la tête est expulsée et l'accouchement terminé. La délivrance se fait naturellement, les suites de couches sont bonnes.

L'auteur insiste sur la différence qui existe entre les deux cas précités. Dans ce dernier, l'accouchement a été possible, mais retardé — la dilatation a été longue à se faire. Les contractions de l'utérus ont agi sur la tumeur, en la forçant à remonter au fur et à mesure que la tête fœtale s'engageait. Le myome a accompagné le mouvement ascensionnel du segment inférieur de l'organe gestateur qu s'élevait lentement en décoiffant progressivement l'extrémité fœtale. Ce mouvement d'élévation a été favorisé par l'aplatissement du crâne vidé de son contenu.

**32. — Modifications histologiques des fibromes pendant la grossesse. — Systèmes vasculaire, sanguin et lymphatique ; tissu interstitiel. — Complications par lymphangite, péritonite, septicémie.**

Après avoir rappelé les études de Virchow et Lefour sur la structure histologique des fibromes utérins, l'auteur expose les conclusions qui ressortent des examens qu'il a eu l'occasion de faire.

Sur des sections pratiquées en des points différents de fibromes provenant de femmes enceintes, il a pu constater :

1° Une apparence lacunaire générale, occupant presque tous les points de la coupe, due à des sortes de mailles résultant d'un feutrage peu épais du tissu. Cette apparence contraste avec celle de la coupe d'un fibrôme hors l'état de gestation, qui offre une surface unie, lisse et continue ;

2° L'aspect lobulé est beaucoup plus accentué, les cloisons plus épaisses, celluleuses, lâches ; il est facile de séparer les petits lobules.

L'étude histologique lui a montré que ce tissu est formé d'éléments musculaires et conjonctifs, ceux-ci à tous les degrés de développement. Les éléments musculaires abondent dans les cloisons de la périphérie de la tumeur, tandis-qu'ils diminuent dans les cloisons de plus en plus ténues qui se ramifient vers le centre, entre les plus petits nodules. Ces nodules de plus en plus restreints, parfois très réguliers, parfois assez irréguliers pour être difficilement aperçus sur la coupe, sont ainsi disposés.

1° Une zone centrale riche, surtout en vaisseaux artériels.

2° Une zone moyenne, formée de faisceaux connectifs dont la substance a subi, à des degrés divers, la transformation colloïde qui apparait aussi dans les cellules.

3° Une zone périphérique constituée par des faisceaux conjonctifs disposés en divers sens et dans lesquels on trouve beaucoup d'éléments jeunes, fusiformes ou arrondis.

Les anfractuosités, les cavités plus ou moins régulières sont remplies soit par du sang coagulé, soit par du sang liquide ou par un liquide à peine teinté, quelquefois même tout à fait transparent.

Les artères et les veines, faciles à étudier dans les tumeurs pédiculées, ont des parois très minces. Du pédicule de la tumeur partent des troncs volumineux qui vont ensuite donner des branches de plus en plus fines en suivant les cloisons cellulaires. Dans les tumeurs sessiles ou interstitielles, l'abord des vaisseaux est plus difficile à reconnaître. On peut néanmoins trouver un ou plusieurs points au niveau desquels ils pénètrent en abondance. Dans les nodules, on voit, au centre, les artérioles avec une tunique épaisse entourée d'une zone conjonctive. La membrane interne est, sur des points nombreux, le siège d'une prolifération des noyaux endothéliaux et la lumière du vaisseau s'en trouve naturellement restreinte.

Les veinules sont abondantes à la périphérie des lobules et des masses nodulaires.

On rencontre de nombreux capillaires munis d'une seule tunique endothéliale; autour d'eux, se voient de préférence les foyers apoplectiques.

L'auteur étudie ensuite les lymphatiques. Dans les cas les plus ordinaires, aucune parité ne peut être établie entre l'état de gravidité et de vacuité de l'utérus, au point de vue de la disposition et de l'abondance des lymphatiques.

Dans les tumeurs appartenant à l'utérus à l'état de vacuité, les canaux de la lymphe sont constitués principalement par des fentes ou des capillaires dilatés. Durant la gestation, les lymphatiques acquièrent un développement remarquable. En certains points, se trouvent de véritables ectasies du volume d'un grain de chènevis ou d'un petit pois. Leur contenu est tantôt limpide et tantôt sanguinolent. Leur production est favorisée par le voisinage des tissus jeunes très vasculaires et parfois aussi par la dégénérescence myxomateuse. On n'a pas pu constater la présence de fibres nerveuses. L'auteur montre ensuite que c'est un processus dystrophique qui semble prédominer dans la marche des tumeurs fibreuses. Dans leur développement et leur augmentation de volume, ce sont surtout les conditions passives qui agissent pour la plus grande part. Pendant la grossesse, ils augmentent de volume, et deviennent plus mous.

Lorsque la tumeur est sessile ou interstitielle, l'hyperplasie active prédomine sur les phénomènes de stase ou de dystrophie.

Le ramollissement est moins prononcé, quelquefois nul, lorsque le fibrome occupe la trame utérin. Les difficultés de l'accouchement sont accrues d'autant.

Les transformations sont fréquentes au sein du tissu fibromateux, même en dehors de la gestation. L'auteur a souvent noté la transformation kystique.

Les transformations sarcomateuse et lymphangiectasique relèvent d'un processus différent. Elles constituent un des éléments de l'augmentation de volume des fibromes, accessoire pour les tumeurs pédiculisées, très important au contraire pour les autres variétés. Cette modification peut persister après la gestation.

Les examens pratiqués n'ont pas permis d'avoir des données précises sur la transformation épithéliomateuse.

Aprés la gestation, les liquides infiltrés et une parte des éléments se résorbent, tandis que l'autre partie passe à l'état adulte et forme du tissu fibreux fasciculé.

Etudiant ensuite les diverses complications infectieuses que les fibromes peuvent présenter, l'auteur conclut que ces manifestations sont consécutives à l'introduction d'un agent septique venu de l'extérieur. Les fibromes intra-péritonéaux, lorsqu'ils se séparent spontanément de l'utérus, ne subissent aucune sorte de nécrobiose. Par contre, dans le cas de tumeurs sous-muqueuses, pédiculées, et, lorsque ces tumeurs subissent une diminution de vitalité, on voit survenir parfois la mortification qui peut être suivie de la putréfaction. Plus le foyer septique sera considérable, plus la résorption sera favorisée par des veines et des lymphatiques nombreux, et plus la septicémie sera à redouter. Autrefois, la méthode d'extraction des fibromes par la ligature lente a souvent été la cause occasionnelle, la porte d'entrée de l'infection. Pendant la grossesse, le simple décollement des membranes de l'œuf à la surface d'un fibrome sessile ou interstitiel sous-muqueux, suffit à ouvrir des voies d'absorption multiples au contact du foyer putride. D'autres fois, on observe de la métrite, de la métro-péritonite s'accompagnant des symptômes ordinaires de l'infection.

La putridité n'est pas une éventualité toujours consécutive au sphacèle des polypes. On peut la prévenir par une désinfection attentive de tous les instants.

L'auteur rapporte l'observation d'une malade ayant un volumineux fibrome de l'utérus et qui présenta, pendant sa vie, des phénoménes d'infection et de putréfaction intenses avec péritonite.

L'autopsie montra, comme porte d'entrée à l'infection, développée à la surface du polype, des éraillures au niveau du fond de l'utérus et des exulcérations vaginales. La continnité des lymphatiques avec la cavité péritonéale rendait bien compte de la péritonite.

L'examen du sang pratiqué avant et après la mort, les inoculations aux lapins

et aux cobayes montrèrent de toute évidence la présence de micro-organismes. S'appuyant sur la statistique de Lefour et plusieurs cas de son observation personnelle, l'auteur conclut que l'infection, sous toutes ses formes, est la complication la plus fréquente et la plus redoutable des fibromes utérins au moment de l'accouchement ou dans la période des suites de couches.

De là, la nécessité d'une antisepsie des plus rigoureuses.

### 33. — Fibro-myome compliqué de grossesse tubaire.

(*Bull. de la Soc. Obstét.*, 1890, p. 171.)

Observation de grossesse extra-utérine, avec rupture de la trompe au niveau de sa jonction avec le pavillon; fibro-myome dépassant le volume des deux poings réunis, inclus dans la paroi latérale gauche de l'utérus.

Suspension des règles : puis, au bout de deux mois, accidents brusques : douleurs violentes dans le bas-ventre, syncopes répétées. Laparotomie : ablation de l'utérus et des annexes. Guérison.

La trompe droite renfermait un œuf complet, avec villosités choriales très visibles.

Il est vraisemblable que la compression exercée par la tumeur, a été la cause réelle de l'arrêt de l'ovule fécondé dans la première moitié de la trompe, et peut-être de la rupture du sac tubaire.

### 34. — Myome et grossesse. Myomo-hystérectomie, trois mois après l'accouchement. Étude anatomo-pathologique.

(*Bull. de la Soc. Obstét.*, 1890, p. 169.)

Observation de fibro-myome interstitiel du corps de l'utérus diagnostiqué par l'auteur au cours de la grossesse. Accouchement normal et suites régulières. Néanmoins grave hémorrhagie au moment de la délivrance et au moment du retour de couches, survenu au bout de huit semaines.

Trois mois après l'accouchement, on sent nettement une grosse tumeur fibromateuse de l'utérus plus développée à droite, et remontant jusqu'au-dessus de l'ombilic.

Laparotomie : ablation de la tumeur et des annexes, guérison.

Anatomiquement, cette tumeur était un fibro-myome en voie de régression avec prédominance très marquée de l'élément musculaire : la coloration du néoplasme était d'un rouge vif, tranchant sur la coloration pâle, blanc rosé, du

tissu utérin très mince. C'est là l'inverse de ce que l'on observe à l'état normal. Dans ses recherches sur la transformation des fibroïdes pendant la grossesse, l'auteur a toujours vu le tissu conjonctif s'hyperplasier. Ici, ni géodes, ni infiltration, ni ramollissement. On peut se demander en présence de ce cas, si les myomes résistent mieux que les fibroïdes aux transformations ou s'il y a eu un retard dans l'involution du myome.

**35. — Cancer de l'utérus. — Grossesse de six mois environ. Accouchement spontané avant terme.**

(*Archives de Tocologie*, 1874, p. 443.)

**36. — Grossesse et kyste multiloculaire de l'ovaire. Ovariotomie post-partum.**

(*Bull. de la Soc. Obstét.*, 1887, p. 122.)

Tumeur volumineuse, fluctuante, développée au cours d'une première grossesse, énormément accrue pendant une seconde grossesse, au point de conserver, après l'accouchement, sa situation élevée dans la cavité abdominale sans pouvoir reprendre sa place primitive dans le bassin. Une partie de la tumeur était devenue flasque après la parturition, le liquide se résorbant en partie jusqu'à la cinquième semaine.

Laparotomie dix semaines après l'accouchement. Extirpation d'un kyste ovarique non adhérent, bien pédiculisé, à pédicule extrêmement vasculaire. Suites excellentes : guérison complète.

Anatomiquement, il s'agissait d'un kyste multiloculaire avec trois grandes loges et une multitude de petites travées solides, et épaisses en certains points. Volume d'une tête d'adulte, après ponction : parois extrêmement vasculaires. Le liquide renfermait des matières albuminoïdes, de l'urée, de la cholestérine et des matières grasses, composition qui n'est pas celle que l'on trouve habituellement dans ce genre de tumeur; mais il est permis de supposer que la grossesse a exercé ici son action dyscrasique, comme elle le fait normalement pour toutes les humeurs de l'économie.

**37. — Grossesse gémellaire. — Intervalle de trois jours entre l'expulsion du premier enfant et l'extraction du second. — Détroncation pour le second enfant.** (Prof. Depaul.)

(*Archives de Tocologie*, p. 443.)

**38. — Grossesse gémellaire. — Hémorrhagie. — Mort du deuxième enfant par rupture d'un vaisseau des membranes amnio-choriales.**

(*Leçon Clinique publiée, avec figure, par la Semaine Médicale*, 16 avril 1898.)

L'auteur a eu occasion d'observer, dans un cas de grossesse gémellaire, une hémorrhagie, qui, par son origine, constitue un des accidents les plus rares pouvant survenir pendant le travail et qui a déterminé la mort du deuxième enfant.

La situation réciproque des deux œufs peut être très variable dans les cas de grossesse gémellaire comme l'a démontré M. Budin. Dans quelques cas, il n'existe pour les deux fœtus qu'un placenta unique, sans ligne de séparation. Les deux circulations fœtales se confondent alors et les deux fœtus puisent leur sang à une source unique.

Dans l'observation présentée par l'auteur, il s'agit d'une grossesse gémellaire avec superposition des deux œufs et placenta unique; avec, de plus, insertion vélamenteuse du cordon du premier œuf, c'est-à-dire de celui qui était le plus rapproché de l'orifice cervical.

La malade, âgée de 40 ans, a déjà eu trois grossesses faciles et menée terme. Au moment où débuta le travail, elle était enceinte de huit mois et présentait une albuminurie intense, comme on en observe souvent dans la grossesse gémellaire.

A l'examen, on constate que la poche des eaux est rompue, la parturiente n'a pas perdu de sang. Au bout d'une heure, a lieu l'expulsion d'un premier enfant dans des conditions absolument régulières.

Une double ligature du cordon est immédiatement pratiquée et on place un fil aussi bien sur le bout placentaire que sur le bout fœtal du cordon.

Aussitôt après l'expulsion du premier enfant, apparaît à la vulve la poche des eaux du deuxième fœtus. Elle est très tendue, et les contractions utérines se succédant très fortes, on la perfore avec le perce-membrane. Immédiatement se produit une hémorrhagie très abondante; le sang vient à flots d'une façon continue, puis s'arrête. Les battements du cœur du fœtus s'affaiblissent, et, au bout de quelques instants, cessent d'être perçus. Il était impossible de déterminer au juste quelle pouvait être l'origine de cette hémorrhagie. Une intervention rapide et la nécessité de terminer l'accouchement au plus vite s'imposaient.

Un des membres supérieurs se montre à la vulve tandis que la tête reste au détroit supérieur. Pendant qu'on prépare le forceps, la version est essayée mais sans résultat. Bientôt, la tête se présente à la vulve et l'accouchement est terminé par l'expulsion d'un fœtus en état de mort apparente. Il présente, audessous du cou, deux circulaires du cordon très serrés. On le dégage, mais il est impossible de le ranimer.

Délivrance spontanée. — L'examen du délivre permet de reconnaître que le placenta est unique, sans ligne de démarcation indiquant l'indépendance des deux circulations fœtales. L'insertion de ce placenta unique est normale.

L'examen des membranes du premier œuf montre qu'une rupture s'est produite sur le trajet d'une des grosses veines constituant l'insertion vélamenteuse du cordon. La section est complète et on retrouve les deux bouts du vaisseau rompus, sur les bords opposés de la déchirure des membranes.

L'hémorrhagie a été tardive parce que, après la rupture de la première poche, la tête du premier fœtus, s'engageant fortement, a déterminé une compression parfaite du bout central du vaisseau déchiré. Cette compression, qui a persisté pendant tout le temps que dura l'expulsion du premier fœtus, s'est prolongée encore après, la poche du second œuf, distendue à son tour, étant venue faire tampon au niveau de la veine déchirée.

La compression a cessé après la rupture des membranes du second fœtus, la tête étant restée au détroit supérieur. La rupture du vaisseau et l'hémorrhagie ont été fatales pour le second fœtus.

Cette observation est intéressante parce qu'elle montre que, dans le cas de grossesse gémellaire avec placenta unique, alors même que l'on a pris la précaution de sectionner le premier cordon entre deux ligatures, on peut observer des hémorrhagies dues à la rupture d'une veine des membranes amnio-choriales, et entraînant la mort du second fœtus.

### 39. — Grossesse extra-utérine : Laparotomie.

(*Bull. de la Soc. Obstét.*, 1888, p. 210.)

Observation d'un cas de grossesse extra-utérine développée dans la trompe gauche, prise d'abord pour une grossesse utérine compliquée de la présence d'une tumeur ovarique, dont on retrouvait tous les symptômes. L'auteur pratiqua la laparotomie exploratrice, vu l'état très grave de la malade : des ligatures préventives furent apposées sur le kyste et ce n'est qu'à ce moment que sa nature fœtale put être affirmée. L'extraction en fut pratiquée non sans peine. L'hémostase fut soigneusement assurée : malheureusement la malade succomba à la cachexie à laquelle elle était déjà en proie avant l'intervention.

L'examen anatomique a montré le kyste constitué par une tumeur en bissac, l'une des poches correspondant à la moitié interne de la trompe, renfermait le tronc et les membres inférieurs ; la seconde correspondant au pavillon de la trompe, contenait le placenta. L'ovaire, comme on l'a déjà constaté en pareil cas, avait disparu, aplati d'abord, puis étalé et confondu, même histologiquement avec les parois de la poche.

**40. — Grossesse extra-utérine et hémato-salpinx. Kyste fœtal tubaire, extrait par la laparotomie.**

(*Bull. Soc. Obstét.*, 1890, p. 26.)

Cette observation vient à l'appui de la théorie de Veit qui affirme l'origine presque constante des hématocèles pelviennes et des hémato-salpinx dans une grossesse ectopique.

La malade qui on fait le sujet a eu, à la fin de novembre 1889, une perte accompagnée de souffrances atroces et suivie de l'expulsion d'une membrane qui a été rendue en trois fragments. Il y avait deux mois qu'elle n'avait pas eu ses règles.

A l'examen, l'utérus est trouvé en antéflexion accentuée. Sa cavité mesure huit centimètres. En arrière de lui, dans le cul-de-sac de Douglas, on perçoit une tumeur qui paraît s'étendre davantage du côté gauche. Cette tumeur est irrégulière, rénitente d'un développement modéré et très douloureuse au toucher.

On pouvait croire à une ovaro-salpingite chronique ou à une *accumulation de sang dans la trompe.*

*Laparotomie.* L'ovaire et la trompe *gauches* sont pris dans un exsudat pseudo-membraneux, très dense. Quelques-unes de ces fausses membranes étant rompues, il sort un sang noir, sirupeux, mélangé de caillots. On peut cependant dégager la tumeur.

La trompe du *côté droit* est libre. L'ovaire est implanté dans le cul-de-sac de Douglas et présente un kyste de la grosseur d'une noix. Une portion du kyste est comme incrustée dans le Douglas. Le reste de l'organe est enlevé.

Suites normales. Guérison.

*Examen des pièces.*

La trompe *droite* est saine. De même l'ovaire, sauf le kyste dont il a été parlé.

*Ovaire gauche* scléreux. — En ouvrant la trompe on trouve à son intérieur, un caillot avec des tractus filamenteux que l'examen histologique montre comme étant des *villosités choriales* en dégénérescence granuleuse.

L'une des membranes qui tapisse la trompe a l'aspect de l'amnios.

On trouve également, à l'intérieur du kyste, des pigments sanguins et des granulations graisseuses. La trompe, dans la portion correspondante au kyste, est très hypertrophiée. La conclusion formelle, d'aprés l'examen histologique, est donc qu'il s'agissait d'une grossesse ectopique tubaire.

**41. — Grossesse extra-utérine tubo-abdominale. — Laparotomie. Extraction du fœtus et du placenta indépendant. — Guérison.**

(*Gynécologie*, 1898, avec une figure.)

Il s'agit d'une malade âgée de 32 ans, entrée à la maternité de Boucicaut le 24 avril 1898. A l'examen, le ventre était distendu comme au 7e ou 8e mois de la grossesse. A la palpation, on sent une tumeur irrégulière, transversale, bosselée, ayant la consistance d'un fibrome, avec des parties nodulaires, un peu mobiles dans la région épigastrique, s'accentuant vers l'hypochondre gauche. La partie située sous les fausses côtes gauches donnait une sensation de craquement parcheminé.

Nettement séparée de la première, on peut sentir une deuxième tumeur qui remplit l'excavation et dépasse légèrement le détroit supérieur.

La laparotomie pratiquée par l'auteur montra qu'il s'agissait d'une grossesse tubo-abdominale. Le fœtus n'était en aucune façon enkysté dans une poche adventice distincte, capable de l'isoler des viscères abdominaux. Après avoir fait irruption dans le ventre, au moment de la rupture de son kyste tubaire initial, entouré de son enveloppe amniotique, il a continué à vivre et à se développer au milieu des anses intestinales en restant relié, par l'intermédiaire du cordon ombilical au placenta.

Après avoir enlevé le fœtus, il a été procédé à l'extraction de la masse tubo-placentaire. Les suites opératoires ont été normales.

On ne doit recourir à cette méthode, toujours difficile et laborieuse, qu'autant que la marsupialisation est impossible, ce qui était le cas.

**42. — Grossesse tubaire. — Rupture. — Laparotomie.**

(*Soc. Obstét. et Gynéc.*, 19 mars 1896.)

Il s'agit d'une malade qui, au milieu d'une santé parfaite, présenta subitement les phénomènes abdominaux, faisant penser à une pelvi-péritonite. L'utérus était développé anormalement. Depuis un mois, la malade a eu une perte sanguine intermenstruelle, ses dernières règles ont été très abondantes et ont été suivies de la première crise de péritonite grave. A celle-ci ont succédé deux nouvelles crises de plus en plus graves dans le mois qui a suivi. Le médecin traitant s'était renfermé dans l'expectation. L'état de la malade était très compromis : fièvre, anémie intense, vomissements, prostration.

Le diagnostic de grossesse ectopique avec hématocèle est porté, malheureu-

sement trop tardivement, et l'opération décidée. Cette dernière montra l'existence d'une poche enkystée, adhérente de toutes parts à l'intestin. Au milieu des caillots et du sang liquide (1 litre et 1/2), surnageaient un fœtus et des débris de placenta décollé.

L'opération fut suivie d'un drainage abdomino-vaginal. Les suites immédiates furent favorables, mais la mort survint, le 12e jour après l'opération, à la suite d'un affaiblissement progressif qui ne put pas être surmonté.

Cette observation témoigne de l'utilité d'établir promptement le diagnostic, dans les cas de grossesse ectopique, et de pratiquer la laparotomie dès qu'apparaissent les symptômes menaçants et caractéristiques liés à la rupture du kyste fœtal.

### 43. — Hémorrhagies tubo-ovariques et grossesse extra-utérine.

(*Soc. Obstét. et Gynéc.* 1898.)

Depuis les travaux de Gallard, Tait, Veit, etc , les hémorrhagies pelviennes sont couramment rattachées à la grossesse ectopique.

L'auteur, dès 1890, a pu vérifier histologiquement la légitimité de cette doctrine pour un certain nombre de cas.

Il constate qu'aujourd'hui cette tendance devient par trop exclusive. Runge, en 1889, avait déjà élevé un doute.

Depuis, bien des faits protestent contre la généralisation de l'idée de Veit.

On peut avancer que beaucoup d'annexites réputées de cause infectieuse et considérées comme procédant de lésions nettement inflammatoires, ne sont en réalité que la conséquence de ruptures vasculaires, ayant entraîné des hémorrhagies variables, d'origine tubaire ou ovarique. De sorte que les hématocèles pelviennes reconnaîtraient comme lésion initiale et dans une proportion de fréquence décroissante : 1° une hémorrhagie tubaire simple ; 2° une grossesse ou un avortement tubaire ; 3° une hémorrhagie folliculaire de l'ovaire.

L'auteur s'attache à démontrer cette dernière variété. Chez les vierges, l'hémorrhagie tubaire simple, l'hémorrhagie ovarienne doivent être acceptées sans discussion étiologique possible.

L'existence du varicocèle ovarien n'est pas niable ; de l'ectasie des grosses veines à la varicosité des capillaires à parois friables et amincis, il n'y a qu'un pas ; l'hémorrhagie par rupture en est la conséquence toute naturelle.

Suit l'observation d'un cas d'hématocèle pelvienne consécutive à la rupture d'un gros follicule hémorrhagique de l'ovaire, vérifiée par la laparotomie.

A. Doran a publié un cas analogue, en Angleterre.

**44. — De l'analgésie des voies génitales obtenue par l'application locale de la cocaïne, pendant le travail de l'accouchement.**

(*Mémoire à la Société de Biologie*, 17 janvier 1884, *et Archives de Tocologie*, 1885.)

Les expériences ont été faites dès le début de l'emploi de la cocaïne, comme anesthésique local. Il était intéressant de rechercher si cet agent avait une action réelle sur les douleurs de l'accouchement.

L'auteur, après une vue d'ensemble sur l'innervation des organes génitaux et du bassin, établit d'abord une distinction entre les douleurs du travail, contre lesquelles on ne peut agir localement, douleurs de la contraction utérine, douleur ressentie par les nerfs des parois pelviennes, compression au passage de l'enfant, et les douleurs ressenties pendant la dilatation du col utérin et l'expulsion de la tête hors de la vulve. Contre ces dernières, les badigeonnages avec une solution de cocaïne à $\frac{4}{100}$, ou l'application locale d'une pommade à l'axonge au même titre ont paru agir efficacement. Les expériences, qui ont été faites sur huit femmes, ont donné des résultats favorables dans six cas. Des primipares, qui souffraient beaucoup pendant la dilatation du col, ont été subitement calmées après une ou deux minutes de badigeonnage du col avec la cocaïne. D'autres, arrivées à la période d'expulsion, immobilisées par la violence de la douleur a chaque contraction utérine, ont vu leurs souffrances disparaître, ne ressentant plus des douleurs que dans le bas-ventre. Chez deux malades, l'auteur a mentionné deux résultats défavorables. Il s'agissait de femmes chez lesquelles on avait fait des injections vaginales de sublimé corrosif à 1 pour 1000 ou 2000. On peut interpréter l'insuccès de la façon suivante : l'action de la cocaïne a été neutralisée par son contact avec le sublimé qui réduit et précipite les alcaloïdes. Dans une nouvelle série de sept expériences, pratiquées comme les premières, uniquement sur des primipares, les résultats ont paru aussi concluants.

La marche de l'accouchement n'a point paru modifiée par l'analgésie ; en tout cas, elle n'a pas été retardée. La période d'expulsion a été plutôt influencée dans le sens de l'accélération. Sa durée a été de 10, 15, 20 minutes en général. L'insensibilisation des voies génitales externes ne doit pas être étrangère à ce résultat. On conçoit que la parturiente se débarrasse d'autant plus vite et d'autant plus volontiers, par des efforts volontaires, qu'elle ne ressent plus le contre-coup douloureux de ses efforts.

L'auteur estime que 50 à 60 gouttes de la solution à $\frac{4}{100}$ ou 3 ou 4 grammes de pommade au même titre, sont d'un emploi absolument exempt de dangers. On peut, si l'on veut, étendre davantage le titre de la solution.

*N.-B.* — Depuis la publication de ces expériences, quelques accoucheurs

étrangers ont tenté de propager l'usage de la cocaïne pour atténuer les douleurs de la parturition. Il faut reconnaître que cette méthode, si intéressante au point de vue physiologique, a contre elle les dangers d'intoxication mieux connus aujourd'hui, la difficulté de son emploi concurremment avec une asepsie rigoureuse et son inégale efficacité qui lui fait préférer la demi-anesthésie par le chloroforme.

### 45. — Protection du périnée pendant l'expulsion de la tête fœtale. Méthode d'expression rectale.

(*Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie*, 10 février 1886.)

La contribution personnelle de l'auteur consiste à remettre en valeur, dans ce mémoire, la vieille méthode de l'expression rectale, généralement abandonnée et déconseillée.

La protection du périnée est encore une notion très diversement comprise. C'est à peine si on obtient, même aujourd'hui, que les praticiens et sages-femmes, au moment de l'expulsion, cessent de s'occuper exclusivement du périnée, pour porter surtout leur attention sur la rapidité ou le mode de progression de la tête fœtale à travers les parties molles du détroit inférieur.

A. *Soutien du périnée.* — L'un des moyens les plus employés pour protéger le périnée consiste à appliquer la paume de la main à plat sur le périnée aminci, à chaque effort expulsif. Cette méthode est défectueuse et son résultat le plus habituel, c'est que le périnée se fend, parfois de bout en bout entre la main qui le comprime et la tête qui est violemment propulsée.

B. *Méthode de Playfair.* — La méthode de Playfair consiste à ramener autant que possible les tissus mous vers la fourchette, en doublant la demi-circonférence vulvaire inférieure, la paume de la main sur le périnée, le pouce correspondant un peu en dedans de la tubérosité ischiatique droite, l'index et le médius en dedans de la gauche. On essaie d'étoffer, de relâcher le périnée comme dit Playfair. Si, chez les femmes grasses à tissus peu résistants, on peut compter obtenir quelque résultat avec cette méthode, en revanche chez les primipares, il ne faut guère s'attendre à un résultat.

C. *L'épisiotomie*, qu'elle soit médiane ou latérale, n'est qu'un pis aller, une opération d'exception, à laquelle on ne doit avoir recours qu'en désespoir de cause. A vrai dire, il n'y a guère à choisir, avec les procédés usuels d'antisepsie, entre une incision au bistouri et une rupture produite mécaniquement par la tête fœtale. Encore faut-il se rappeler que ce n'est pas à l'orifice vulvaire qu'il s'agit d'agir, mais au niveau de l'anneau musculaire vulvo-vaginal, véritable point d'arrêt, dont la résistance s'oppose au passage de la tête, et qui, par sa tension excessive, crée en ce point un danger réel pour l'intégrité des tissus du

périnée. L'incision dans ce cas se ferait plus logiquement avec un bistouri boutonné glissé prudemment jusqu'au niveau de cet anneau, c'est-à-dire à 2 ou 3 centimètres.

D. *Contention de la tête fœtale.* — *Expression rectale* (Méthode de Ritgen). — Autrement importante est une méthode qui consiste à laisser faire à la tête fœtale les frais de la dilatation vulvaire, en lui donnant le temps nécessaire, et une fois que celle-ci est aussi complète que possible, de collaborer à la sortie de la tête : 1° en modérant la rapidité de son passage et en graduant sa progression; 2° en dégageant la tête fœtale sans le secours des efforts volontaires ou involontaires de la parturiente, par un moyen artificiel qui trouvera sa place dans l'intervalle de deux des efforts ultimes de l'expulsion.

C'est surtout chez les primipares qu'une bonne technique est indispensable. On se bornera à modérer la sortie de la tête, à régler son engagement progressif dans l'orifice vulvaire au moyen des doigts appliqués sur l'extrémité céphalique.

Pendant toute la période d'expulsion, la main de l'accoucheur a donc pour mission de contenir ou de repousser la tête, si elle est trop brusquement poussée par les efforts. Cette lutte entre la main de l'accoucheur et la contraction utérine doit durer, d'une façon générale, une demi-heure à trois quarts d'heure, chez une primipare, pour que le périnée profond reste intact.

A quel moment devra-t-on cesser de repousser la tête et mettre en pratique la deuxième méthode qui consiste à aider sa sortie au moyen de l'expression rectale?

*Chez les multipares*, l'expression rectale a peu d'applications. En pratique, on choisit le moment où la région cranienne est presque en entier en dehors de la vulve et, par de douces pressions directes, de bas en haut, on fait glisser successivement le front et les diverses régions de la face sur le rebord commissural de la vulve; de sorte que le dégagement se fait par la simple ascension de l'occiput, c'est-à-dire par le mouvement de déflexion de la tête.

La situation n'est pas la même chez une primipare. L'expression rectale montre vraiment ici sa supériorité.

Elle est toujours opportune dans l'*application de forceps*, au moment où l'opérateur, pour diminuer le volume de la masse à expulser doit désarticuler et retirer successivement les branches de l'instrument.

Il arriva une fois à l'auteur, au début de sa pratique, d'enlever trop tôt les branches du forceps pour s'occuper de la protection du périnée, mais ses mesures étaient mal prises, et sitôt la deuxième cuiller retirée, la vulve encore résistante, ravalait brusquement la tête. Pour éviter une telle déconvenue, il emploie depuis, l'expression rectale, conseillée par Ritgen.

Elle consiste à introduire deux doigts dans le rectum de la femme, vers la fin de

l'expulsion et à les conduire jusqu'au niveau de la bouche ou sous le menton de l'enfant, à travers la cloison recto-vaginale. On tire alors en avant et en haut, et par de douces pressions bien dirigées, on exécute et on complète la déflexion de la tête.

Cette manœuvre, qui n'est pas douloureuse, d'après l'expérience de l'auteur, est inappréciable dans les applications de forceps. On peut ainsi dégager, en toute sécurité, les branches de l'instrument, une fois que, la tête étant bien engagée sur le périnée, on a introduit l'index et le médius dans le rectum et par cette voie, retenu fixée l'extrémité céphalique qui tendrait à reculer. On fait alors avec l'extrémité des doigts, de la traction et de la pression, combinées sur la tête fœtale.

On ne peut déterminer, d'une façon absolue, le moment à choisir pour cette manœuvre. Un premier point c'est qu'il faut attendre l'apparition à la vulve d'un repère céphalique constant; ce repère sera chez les primipares l'angle postérieur de la fontanelle antérieure. Dès que celle-ci est franchement perceptible, que la nuque s'emboîte bien dans la symphyse et que la bosse pariétale est engagée à la vulve, on peut faire l'expression rectale. La meilleure manière de protéger le périnée est la suivante :

1° Attendre une demi-heure à trois quarts d'heure en moyenne, pendant la progression de la tête à travers les parties molles. Graduer la sortie de la tête à ce moment;

2° Dès que la fontanelle antérieure est à moitié dégagée, interdire à la femme de pousser; exécuter la manœuvre d'expression rectale;

3° Pratiquer une incision libératrice aussi tard que possible.

### 46. — Considérations sur la rigidité de l'orifice utérin pendant le travail. — Rigidité syphilitique du col utérin.

(*Archives de Tocologie*, 1885, p. 305.)

I. — Dans ce mémoire de 31 pages, l'auteur expose et critique, dans un aperçu général, les notions classiques sur ce qu'on est convenu d'appeler *rigidité du col*, dont trois variétés sont décrites par les auteurs : 1° la R. anatomique; 2° la R. spasmodique; 3° la R. pathologique.

La Rigidité spasmodique n'est pas niable.

La Rigidité pathologique ressort des faits incontestables dans lesquels des processus inflammatoires ou néoplasiques se sont développés au sein du tissu cervical.

La Rigidité anatomique prête à la discussion.

L'analyse rigoureuse des opinions émises par les accoucheurs conduit à

mettre en doute cette espèce considérée comme particulièrement fréquente. En effet, le col reste musculaire et muqueux dans sa structure, et il n'y a point de changement réel capable de motiver ou d'expliquer la rigidité. Ou bien, il est altéré dans ses éléments intimes sans que la lésion apparaisse visiblement; c'est le cas des cols des femmes âgées, qui sont devenus scléreux par prédominance du tissu fibro-conjonctif. Dès lors, si la rigidité se produit de ce fait, elle rentre dans la forme pathologique.

Cliniquement, la résistance de l'anneau cervical, sa rigidité, dans ces cas, est bien plus le résultat d'un travail ralenti et prolongé par l'insuffisance des contractions que de la texture même de son tissu. La rigidité est d'ordre secondaire et non primitif.

*
* *

II. — La Rigidité pathologique est bien connue dans ses points principaux.

La *syphilis* n'est point classée par les auteurs au nombre des maladies capables de la produire.

Les lésions syphilitiques du col utérin sont de deux ordres.

A. *Chancre syphilitique du col. — Induration du tissu cervical. — Hyperplasie généralisée du col.*

Dans son livre (*Syphilis de la femme*), Fournier, sur un total de 249 cas de chancres syphilitiques, a rencontré 13 fois le chancre cervical, soit 1/18, tandis que ses prédécesseurs l'ont à peine signalé.

Schwartz signale l'induration et l'hypertrophie générale du col. Jullien recueille 34 observations de chancre syphilitique du col. La consistance dure, « ligneuse », du tissu cervical est constatée par Ricord; elle est « cartilagineuse » pour Fournier, qui insiste beaucoup sur ce point.

B. *Lésions syphilitiques secondaires et tardives du col utérin. — Ulcérations. — Syphilome. — Hypertrophie syphilitique. — Gommes.*

Ces diverses lésions ont été étudiées et décrites par les syphilographes. Lancereaux, de son côté, a émis l'opinion que certains processus fibroïdes du col utérin seraient le résultat d'un processus syphilitique de vieille date. Whitehead mentionne l'hypertrophie folliculaire indurée pouvant envahir la totalité de la région cervicale.

La grossesse exagère le processus syphilitique.

La conclusion naturelle de cet exposé, c'est que la syphilis et ses diverses manifestations sont susceptibles de provoquer la rigidité du col au moment de l'accouchement.

*Observation.* — Femme de 40 ans. Syphilis probablement récente ou remontant à 2 ans; éruption papuleuse généralisée, au cours de la grossesse actuelle. Accouchement prématuré. Travail de dilatation très lent : anneau cervical résis-

tant, induré, cartilagineux, avec un noyau plus volumineux sur la lèvre antérieure. L'induration remonte assez haut sur la paroi cervicale. Incisions libératrices restées sans influence sur le travail. — L'enfant étant jugé mort — perforation de la téte. Son expulsion hors du col a lieu quatre heures après. —Enfant peu développé. — A la suite de l'accouchement, éruption syphilitique. Résolution de la lésion cervicale, après un mois environ de traitement spécifique.

L'auteur cite une deuxième observation personnelle analogue à la première. Il résume et critique enfin une série de cas publiés surtout en Italie, dont quelques-uns lui paraissent discutables. Il tire de ses propres observations la conclusion suivante, sans préjudice des déductions justifiées par les autres faits publiés : *La syphilis et, avant tout, le chancre syphilitique du col de l'utérus évoluant pendant la gestation, sont de nature à modifier la marche normale du travail, en prolongeant ou même en empêchant la dilatation régulière de l'orifice utérin.*

**47. — Des fausses rigidités du col utérin pendant l'accouchement. Action ocitocique du sulfate de quinine.**

(*Nouv. Arch. d'Obstét. et de Gynéc.*, 1887, p. 491, avec trois figures.)

I. — Dans le précédent mémoire de 1885, sur la rigidité du col, la doctrine défendue par l'auteur, faisait prévoir une étude plus complète de la rigidité dite *anatomique*. Cliniquement, celle-ci est typique chez les primipares âgées.

Comme interprétation, elle veut être appréciée avec une critique rigoureuse. Après discussion, l'auteur accepte que les cols observés, dans de telles conditions, sont des cols malades, scléreux, affectés d'infiltration kystique ou d'hypertrophie; ou bien ce sont des cols modifiés, au cours du travail, par la marche lente de l'accouchement : pression longtemps exercée sur le segment inférieur, aussi bien par la tête fœtale que par les parois pelviennes, stase qui en est la conséquence.

Voici comment les choses se passent : le ralentissement des contractions, par inertie ou obstacle mécanique, amène l'induration, avec épaississement et résistance de l'anneau cervical, contre lequel l'effort affaibli de l'utérus vient s'épuiser. La reprise énergique et soutenue des contractions surmonte rapidement l'obstacle. Telle est la marche habituelle.

Les traitements utiles, en pareil cas, et recommandés par tous les auteurs, ont, si on y réfléchit, pour unique résultat de ranimer l'énergie de l'utérus et non point d'assouplir l'anneau cervical induré.

Suivent trois observations très minutieusement détaillées avec démonstration schématique à l'appui.

Obs. I. — *Ralentissement du travail sous l'influence de l'ivresse alcoolique*; *épais-*

*sissement et induration du col simulant la rigidité dite anatomique. — Administration de sulfate de quinine comme ocitocique. — Terminaison spontanée quatre heures après.*

Obs. II. — *Présentation céphalique en Occipito-Postérieure. — Travail lent. — Inertie utérine. — Rigidité du col. — Administration de sulfate de quinine. — Reprise des contractions, terminaison rapide de l'accouchement.*

Obs. III. — *Fausse rigidité ayant succédé à un travail lent et paresseux occasionné par diverses anomalies du premier stade de l'accouchement, chez une primipare de 40 ans.*

L'auteur conclut que les caractères de la rigidité dite anatomique du col répondent à un processus passif, secondaire, de stase, de congestion, dont la vraie cause réside dans la faiblesse, la lenteur ou l'absence des contractions utérines. L'épaississement et la consistance spéciale du tissu sont la conséquence de la gêne circulatoire et de l'induration qui suit l'œdème prolongé.

II. *Rigidité spasmodique.* — Elle est classique, mais diversement interprétée. Tandis que certains auteurs la placent sur le rebord orificiel du col, mince, tendu, résistant, il est plus exact de la localiser à l'ensemble du segment cervical distendu et coiffant la partie fœtale. Celui-ci se contracte étroitement sur la tête. Il la serre, l'étreint, et l'accompagne, dans tous ses mouvements, sans lui permettre le moindre glissement. *C'est un tétanisme véritable du segment inférieur.*

Les primipares nerveuses sont surtout sujettes à cette variété de rigidité. La rareté du liquide amniotique y prédispose, mais surtout la sensibilité anormale du col utérin. L'accouchement, dans ces cas, est particulièrement douloureux dans la période de dilatation, ce qui contraste avec les autres variétés de rigidité.

Obs. IV. — *Rupture prématurée des membranes chez une primipare de 18 ans. — Rigidité douloureuse et spasmodique de tout le segment inférieur de l'utérus. — Tête fœtale très élevée. — Administration de chloroforme. — Marche et terminaison rapide de l'accouchement.*

**48. — Primipare âgée. — Passage de certains médicaments dans le lait maternel.**

(*Archives de Tocologie*, juillet 1882, p. 417.)

I. — Accouchement chez une primipare de 31 ans. Obésité exagérée. — Ecoulement prématuré des eaux. — Inertie utérine. — Mutation de position dans le cours du travail. — Lenteur excessive de la dilatation du col. — Durée de l'accouchement, 60 heures. — Application de forceps.

II. — Déchirure des parties molles. — Eschares. — Rétention d'urine pendant trente-deux jours.

III. — Élimination, par le lait, de l'acide phénique et du chloral. — Action sur l'enfant.

**49. — Atrésie du vagin par une bride circulaire. — Présentation du siège avec procidence d'une main. — Libération chirurgicale du rétrécissement. — Craniotomie. — Mort de la mère. — Autopsie; description anatomique détaillée des lésions qui ont constitué l'obstacle.**

(*Archives de Tocologie*, mai 1874, p. 313.)

**50. — Rétrécissements congénitaux et cicatriciels du vagin.**

(*Bull. de la Soc. Obstét. et Gynéc.*, 1886 p. 13 et 17.)

I. — Observation d'accouchement prématuré chez une femme de 23 ans atteinte d'atrésie congénitale du vagin. Derrière l'hymen détruit, existait un infundibulum de quelques centimètres de longueur, terminé par un cul-de-sac dont l'orifice central ne permettait pas même l'introduction de l'hystéromètre. L'accouchement se fit néanmoins, après dilatation sous le chloroforme et quelques incisions libératrices. L'auteur fait ressortir la possibilité de la conception dans ces cas, ainsi que celle de la terminaison heureuse et spontanée de l'accouchement : de plus, il montre que l'existence de l'infundibulum derrière l'hymen paraît difficilement conciliable, dans l'espèce particulière, avec la théorie qui représente l'hymen comme la terminaison du vagin.

II. — *Trois observations d'atrésie cicatricielle.* — Ces 3 cas rapportés en détail ont été traités et guéris par la dilatation. L'auteur fait ressortir que, dans ces circonstances, la longueur du rétrécissement est de peu d'importance, tandis que sa largeur ou même son étendue circulaire en a une considérable. Si l'induration cicatricielle porte sur la totalité de l'anneau vaginal, la guérison est moins aisée et la coarctation tend à reparaître. Si elle n'occupe qu'une partie de cet anneau, les conséquences sont plus favorables, et elles le sont d'autant plus, que la bande cicatricielle est moins large, ce qui d'ailleurs est la règle.

**51. — De l'accouchement dans le prolapsus utérin.**

(*Nouv. Arch. d'Obstét. et de Gynéc.*, 1886, avec trois figures.)

Ce mémoire porte sur un cas extrêmement rare dont l'observation a été rédigée par M. Faivre. La malade observée par M. Doléris, accoucha à la maternité de l'hôpital Tenon et fut opérée dans la suite par l'auteur.

La malade présente un prolapsus énorme ayant l'aspect d'une tumeur exté-

rieure, piriforme dont la partie la plus rétrécie répond à l'anneau vulvaire. La base aplatie, présente, au centre, l'orifice du col; elle est dirigée en bas et en arrière, et est, sur toute son étendue, le siège d'une ulcération superficielle limitée par une ligne rouge, très étroite et décrivant de grands festons réguliers. Au moment de l'intervention, l'auteur découvre dans la masse prolabée, en outre du canal qui conduit sur la partie fœtale, un second trajet, ayant même orifice extérieur, mais séparé du premier par une cloison épaisse. Il mesurait 42 centimètres. L'utérus était double.

L'enfant fut extrait vivant après une application difficile de forceps. La tumeur regressa en partie les jours suivants.

La malade présentait, à un degré exceptionnellement marqué, du prolapsus utérin, de la cystocèle, l'allongement du segment sus-vaginal du col. La périnéorrhaphie tentée à titre temporaire après l'accouchement n'eut qu'une action très éphémère.

La malade revient, quelques mois après, subir une opération combinée comprenant l'amputation haute du col, une large colporrhaphie antérieure avec un large avivement ovalaire allant du méat au col, une colpopérinéorrhaphie postérieure suivant le procédé ordinaire, et le raccourcissement des ligaments ronds sur une longueur de 12 centimètres. Chaque cordon fut raccourci, et, par quatre sutures, rattaché aux piliers correspondants du canal inguinal.

## 52. — De l'éventration du fœtus, au point de vue obstétrical et dystocique.

(*Archives de Tocologie*, avril 1882, p. 198.)

Si l'éventration ou hernie ombilicale congénitale, est connue au point de vue tératologique, l'attention s'est peu portée sur les particularités qui en peuvent résulter, quant à la marche de l'accouchement et aux difficultés du travail.

L'auteur a réuni six cas, dont un personnel et inédit.

Les observations en sont publiées en détail. De leur exposé on peut déduire :

1° La facilité relative du diagnostic assurée par l'examen direct, s'il est vrai néanmoins que la vue seule et un examen incomplet puissent laisser un instant place au doute ou à l'hésitation. Dans plusieurs cas, en effet, l'entourage de la parturiente a pu croire à une hernie intestinale de la mère au moment de la sortie des viscères fœtaux.

2° La liberté d'action aussi illimitée que possible, que possède l'accoucheur vis-à-vis d'un produit dont la vie est incompatible avec le fait de malformations aussi caractérisées.

3° La bénignité relative de ce genre de dystocie, au point de vue du pronostic de l'accouchement.

4° La possibilité presque certaine d'arriver sans grande difficulté, à un procédé d'extraction, sans préjudice d'ailleurs pour la parturiente.

L'auteur envisage ensuite quelques points spéciaux relatifs à l'éventration.

A. *Coïncidence de l'éventration avec d'autres malformations fœtales.* Isid. Geoffroy Saint-Hilaire en a fait le trait caractéristique du groupe des *Monstres célosomiens* chez lesquels les vices de conformation, toujours multiples, affectent la paroi abdominale d'une part, et une région ou un membre quelconque, d'autre part. L'auteur la signale 4 fois sur 6.

B. *Présentations anormales.* C'est une règle dans les cas de monstruosité. Dans les cas rapportés, l'auteur relève 5 présentations de l'épaule et 1 du siège, qui témoignent des difficultés de l'accommodation fœtale.

C. *Mécanisme de l'évolution du fœtus. Intervention.* Présentation transversale, inflexion du tronc, sortie du fœtus par le mécanisme de l'évolution spontanée. En cas d'arrêt du travail et d'impossibilité de l'expulsion : version, tractions énergiques, ponction des poches, éviscération, embryotomie.

### 53. — Cas singulier de circulaires du cordon ombilical.

(*Archives de Tocologie*, 1880, p. 107 avec figure.)

Le fœtus a dû être sacrifié par la céphalotripsie, en raison de l'étroitesse du bassin. Il était en outre retenu au passage par la brièveté relative de la tige funiculaire. Les pieds étaient étroitement enserrés dans quatre circulaires formant un nœud très compliqué. Le premier circulaire entourait les deux pieds croisés et juxtaposés, au milieu des malléoles ; le second et le troisième nœuds disposés en huit de chiffres entouraient isolément chacun des pieds ; le dernier entourait à nouveau les deux pieds réunis au-devant de l'hypogastre de l'enfant. Celui-ci était, en somme, ligotté et pelotonné étroitement par son cordon. La partie libre de la tige funiculaire, allant du fœtus au placenta, n'excédait pas 8 à 10 centimètres de longueur. Cet exemple justifie l'opinion classique d'après laquelle la brièveté relative du cordon ombilical est souvent une conséquence de son extrême longueur qui facilite les nœuds et les circulaires.

La disposition presque inextricable du cordon autour des pieds de l'enfant s'était produite sans doute tardivement, par suite des mouvements désordonnés du fœtus, surtout pendant la période agonique.

**54. — Présentation de l'épaule. — Embryotomie. — Eviscération partielle. — Guérison.** (Prof. Depaul.)

(*Archives de Tocologie*, 1874.)

**55. — Présentation de l'épaule. — Embryotomie.** (Prof. Depaul.)

(*Archives de Tocologie*, p. 378.)

**56. — Conduite à tenir dans l'avortement. Curage et écouvillonnage de l'utérus, pour l'extraction du placenta retenu dans la matrice.**

(*Soc. Obstét. et Gynéc.*, 1886.)

Dans ce mémoire très étendu (68 pages, 6 figures), l'auteur rappelle d'abord succinctement que, dans la rétention de tout ou partie de l'œuf abortif, deux accidents sont à redouter : l'*hémorrhagie* et la *putréfaction*. La putréfaction est une menace d'infection pour l'organisme maternel et peut engendrer la septicémie. C'est, basée sur cette considération, qu'est née une pratique nouvelle qui consiste à hâter l'élimination de l'œuf, dès que l'avortement paraît décidé et demeure inévitable par le fait de la mort de l'œuf. En faveur surtout en Allemagne, cette pratique n'a pas été acceptée avec autant d'enthousiasme en France où l'on préconise l'expectation armée.

L'auteur n'admet l'intervention immédiate que dans certains cas déterminés. Après avoir rappelé que la condition d'intervention était, pour Pajot, la putridité, l'auteur dit que pour lui « c'est le fait seul, bien avéré, de l'*œuf caduc* totalement ou partiellement retenu dans la cavité utérine ». Dans ces conditions, « il ne le considère pas autrement qu'un corps étranger, et veut qu'on agisse à son égard comme vis-à-vis d'un polype. »

Dans une deuxième partie, l'auteur expose la technique à mettre en usage pour l'extraction du placenta. Il indique la position à donner à la femme, le moyen d'abaisser l'utérus, de dilater le col avec une éponge préparée, avec les doigts ou un sac de Barnes. Il expose ensuite la manière de faire le curage avec une curette large et mousse, qui évitera les perforations. Il passe ensuite à la pratique de l'écouvillonnage qu'il emploie lorsqu'il s'agit de parcelles molles et de débris peu volumineux. Il fait l'extraction avec des pinces dans le cas de placenta assez gros, de deux mois et demi à trois ou quatre mois, etc...

Comme topiques antiseptiques, à utiliser en matière de désinfection complémentaire de la cavité utérine, il se sert de la glycérine créosotée à 1 p. 10 et il

termine toute intervention par l'écouvillonnage antiseptique, précédé d'une injection intra-utérine à 50° d'une solution phéniquée à 1/100. L'auteur ne voit pas la nécessité d'endormir la malade — l'hémostase est assurée par l'injection intra-utérine chaude.

Dans une troisième partie, envisageant la conduite à tenir, dans le cas où le placenta est retenu dans l'utérus lorsque la grossesse est à terme, pour lui, l'indication est formelle; il faut « dilater aussitôt que possible et extraire de même ».

La manœuvre et les précautions sont les mêmes que lorsqu'il s'agit de l'avortement. Il fait la dilatation du col avec les doigts ou un sac dilatateur. « Une fois abaissée à la vulve et largement ouverte, la matrice doit se curer et se vider comme le rectum. »

L'auteur rapporte ensuite huit observations de femmes qui avaient avorté et chez lesquelles il est intervenu chirurgicalement. Il en possède quatre nouvelles qui ne sont pas publiées. Il conclut : 1° L'intervention dans l'avortement inévitable s'impose lorsque l'expulsion de tout ou partie de l'œuf est visiblement *ratée* et que l'effort naturel ne satisfait point à cette expulsion.

2° L'œuf étant partiellement ou totalement retenu, l'hémorrhagie effective ou en expectative nécessite l'évacuation de l'utérus.

3° Dans les mêmes conditions, la putréfaction de tout ou partie de l'œuf retenu, effective ou en expectative, impose la même conduite.

Le mémoire est suivi d'un exposé des instruments utiles pour l'opération et imaginés, pour la plupart, par l'auteur.

Une pince droite, à mors ovales, évidés; une pince à mors allongés, etc.

### 57. — Modifications histologiques du placenta abortif.

(*Répert. Universel*, 1887.)

(*In thèse de Zinowieff*, Paris, 1887.)

Le placenta ne continue pas à vivre après l'expulsion du fœtus. S'il est vrai qu'il ne se putréfie pas toujours, que dans certains cas, il continue à végéter par une sorte d'imbibition, que dans d'autres enfin, il dégénère sous forme de môle hydatiforme, il ne peut être question dans ces processus, d'une vitalité réelle mais seulement apparente.

Le phénomène dominant dans le placenta abortif, c'est l'oblitération vasculaire et la dégénérescence muqueuse des cellules déciduales. Tous les degrés de la transformation muqueuse du tissu placentaire, à commencer par l'infiltration des cellules déciduales et des cellules centrales des villosités, et à finir par

la dégénérescence vésiculaire des villosités choriales, doivent être regardés comme produits par la même cause, la stase dans les vaisseaux placentaires.

L'auteur rejette la théorie de Virchow pour se ranger à l'opinion de Robin et de Köster. Il a constaté sur tous les placentas abortifs, retenus dans l'utérus un certain temps, de très nombreuses thromboses vasculaires et la presque interruption de toute circulation active.

Il résume les diverses altérations que cet organe est susceptible de subir en: 1° l'atrophie simple; 2° la dégénérescence polypoïde; 3° la dégénérescence graisseuse; 4° la dégénérescence hyaline ou molaire; 4° la décomposition putride précédée du sphacèle des tissus.

### 58. — Curetage dans l'avortement incomplet.

(*Soc. Obstét.*, avril 1897.)

Depuis la publicatiou de sou mémoire de 1886 qui fut l'objet de longues et nombreuses discussions, les idées défendues par l'auteur ont progressé aussi bien en France qu'à l'étranger. Chartier dans sa thèse, après de Torres, Charpentier, Misrachi, Riffat, Bailly, Verrier et Labusquière, Pozzi, etc., ont adopté la méthode de la prompte évacuation de la matrice, au moyen d'instruments appropriés.

En présence de quelques dissidences persistantes, l'auteur reprend la question tant pour le fond que pour quelques considérations nouvelles et accessoires. Il l'étaye de la statistique des cas de rétention placentaire ou d'avortemen incomplet, observés à la Pitié 1895-96-97 qui ont nécessité l'intervention.

Le succès obtenu dans la totalité des cas, est une preuve valable en faveur du principe de l'intervention et de la technique suivie.

### 59. — Traitement de l'avortement incomplet. — Résultats statistiques.

(*Sem. Gynéc.*, 18 mai et 13 juillet, 1897.)

Considérant que le délivre retenu dans la cavité utérine est un corps caduc et, comme tel, doit être extrait par les moyens appropriés, et aussi à cause de l'éventualité d'une hémorrhagie plus ou moins grave, l'auteur conseille d'agir de bonne beure, au moment favorable et de ne pas attendre que la santé de la malade soit compromise.

Pour compléter ses travaux antérieurs sur le sujet, et se basant sur ses propres observations, l'auteur invoque encore d'autres raisons :

1° La difficulté et parfois l'impossibilité d'imposer à une malade le repos et l'antisepsie permanente et rigoureuse pendant des semaines et des mois.

2° Le péril des hémorrhagies abondantes ou répétées.

3° Les complications habituelles de la rétention et de la non-involution, prolapsus, flexion, retroversion, etc.

4° Les dégénérescences possibles ; môles, déciduomes.

5° La responsabilité du praticien qui ne peut-être toujours présent pour parer aux accidents inopinés pouvant survenir à tout moment. Cette considération regarde plus particulièrement la pratique rurale. La méthode chirurgicale est de beaucoup la plus sûre, la plus prompte, la plus satisfaisante et bien supérieure au curage digital, long, difficile et douleureux ; il n'y a pas que la curette, on peut employer utilement les pinces, l'écouvillon. L'emploi de ces instruments ne réclame pas l'anesthésie chloroformique.

La statistique du service d'accouchement de la Pitié, pour 1896 et 1897, rapportée par l'auteur, comporte 59 avortements, sur lesquels 17 arrivés du dehors, l'avortement s'étant effectué en ville.

Sur les 39 autres cas, 26 se sont terminés spontanément et intégralement, 13 ont été terminés artificiellement pour hémorrhagies graves, rétention totale ou partielle du placenta.

L'évacuation de l'utérus a été pratiquée en somme, dans 33 cas au bout de 2, 3, 8, 9 jours de rétention. La mortalité et la morbidité ont été nulles.

### 60. — Conduite à tenir dans la rétention du placenta à terme ou des membranes.

(*Bull. Soc. Obstét. et Gynéc.*, 1886.)

Dans ce mémoire, l'auteur rapporte l'observation d'une malade qui, ayant fait un accouchement prématuré spontané, près du terme, présente une rétention du placenta. Il fit la dilatation digitale du col, et enleva le placenta. Mais les membranes restèrent. Antisepsie intra-utérine. Suites normales.

Cette observation permet à l'auteur de conclure, quant aux membranes :

1° Dans l'accouchement à terme, ou près du terme, lorsque les membranes (non le placenta) sont partiellement ou totalement retenues, l'expectation, avec la surveillance antiseptique de l'utérus représente le meilleur traitement.

2° L'intervention n'est indiquée qu'autant que la décomposition putride de l'œuf est reconnue au moment de l'accouchement, ou que, développée consécutivement à l'expulsion, elle y a créé une endométrite septique évidente. Dans ce cas, l'auteur intervient comme dans l'endométrite putride post-puerpérale ordinaire.

3° Et quand au placenta à terme : plus encore que dans l'avortement l'indication absolue est d'évacuer l'utérus aussi promptement que possible. La dilatation avec les tentes, les sacs de Barnes, les doigts ou la main tout entière permettront d'extraire le délivre. La gravité des accidents à redouter commande la décision.

### 61. — Ferments digestifs solubles de l'estomac et du pancréas du fœtus humain à terme.

(En collaboration avec le Dr Butte.)

(*Nouvelles Archives*, 1887.)

Les notions relatives à la digestion du fœtus sont rares. Les recherches veulent être faites sur un sujet bien constitué et n'ayant pas dégluti.

L'auteur a expérimenté, six heures après la mort, sur un enfant vigoureux, à terme, tué par la céphalotripsie.

A. — *Ferment gastrique.* — L'estomac étant extrait, la muqueuse raclée est mise à macérer pendant 46 heures, dans de la glycérine neutre. Précipitation par l'alcool et filtration du résidu. Le précipité est épuisé par l'eau acidulée, à 1 p. 100 d'acide chlorhydrique, pour servir aux expériences.

1° Mis dans des tubes à essai contenant de la fibrine et placé dans l'étuve de d'Arsonval à 38°, on constate, au bout de 24 heures, que la fibrine a disparu, tandis que des tubes de comparaison contenant l'eau accidulée avec $H.C^4$. à 1/200, plus de la fibrine, sont intacts. Dans des tubes semblables contenant pepsine et fibrine, celle-ci est également dissoute.

2° Le premier résidu de muqueuse stomacale exposé à l'étuve, repris par l'acide acétique et traité par l'acide sulfurique concentré, donne la coloration violet intense caractéristique des ferments solubles.

La conclusion est que les glandes de l'estomac du fœtus à terme, que Kölliker a vues complètement formées, bien avant la naissance, contiennent de la pepsine.

B. — *Ferments pancréatiques.* — Broyage du pancréas dans de la glycérine neutre ; filtration, précipitation par l'alcool. Le résultat des expériences, avec le résidu traité par lévigation, est que celui-ci ne contient pas le ferment saccharifiant appelé ptyaline pancréatique.

Ce résultat est conforme à ceux de Sousino sur les chiens et les lapins, et ceux de Korawin sur l'enfant nouveau-né.

*Emulsion des graisses.*

Le résultat des expériences a été positif, ce qui indique la présence de la pancréatine.

*Peptonisation des albuminoïdes.*

Le résultat a été négatif. Cependant, en présence des résultats *positifs de Preyer la solution de la question reste indécise.* Au point de vue pratique, il faut conclure que si les albuminoïdes, caséine, pepsine, peuvent être facilement digérés par le nouveau-né, il n'en est pas de même des féculents, du moins pendant les premiers temps qui suivent la naissance.

Le mémoire se termine par l'analyse chimique de la substance du foie, des reins et de la rate du fœtus à terme.

### 62. — Ophtalmies des nouveau-nés.

(*L'Obstétrique*, 1898, p. 163 et seq.)

La plupart de celles observées par l'auteur étaient à gonocoques; il a été impossible, dans les cas où l'on a pu pratiquer cette recherche, de déceler le gonocoque par l'examen des produits de sécrétion vaginaux ou utérins des mères dont les enfants étaient atteints d'ophtalmie blennorhagique.

Dans un cas de conjonctivite purulente très intense, le pus donnait des cultures pures de bacilles diphtériques sans qu'il y eût de fausse membrane. Ce bacille inoculé sous la peau du cobaye ne le tuait pas, mais produisait une large et profonde escharre.

### 63. — Passage du bacille tuberculeux de la mère au fœtus.

(*Ibid.*)

L'auteur a pu, dans deux cas, faire l'autopsie de mères tuberculeuses, ainsi que de leurs enfants qui avaient succombé peu après elles, et poursuivre les expériences bactériologiques nécessaires pour déterminer si le bacille de Koch avait franchi la barrière placentaire.

Dans le premier cas, la mère était morte de granulie; et le fœtus, sans avoir trace de tubercule apparent dans aucun organe, était infecté par le bacille tuberculeux, comme l'a prouvé l'inoculation de son sang au cobaye.

Dans le second cas, il s'agissait pour la mère, de tubercolose paraissant absolument limitée aux poumons. L'inoculation du sang de la mère au cobaye démontra que la circulation générale était envahie par le bacille tuberculeux. Dans ce cas, le bacille n'avait pourtant pas franchi la barrière placentaire, car les inoculations du sang du fœtus à des cobayes restèrent sans résultat.

**64. — Non-transmission du pneumocoque de la mère au fœtus.**

(*Ibid.*)

Dans un cas de pneumonie franche aiguë, vérifiée bactériologiquement, à l'autopsie, chez une femme venant d'accoucher, l'auteur a pu constater, par l'inoculation aux souris, que ni le sang fœtal, ni le sang placentaire ne contenaient de pneumocoques, contrairement à ce que M. Netter avait observé dans un cas semblable.

**65. — Péritonite à streptocoques chez un nouveau-né.**

(*Ibid.*)

Un nouveau-né en bonne santé fut pris subitement de vomissements incessants et succomba au bout de 48 heures. On pensait à la possibilité d'un empoisonnement accidentel. Mais l'autopsie, complétée par un examen bactériologique, démontra qu'il s'agissait en réalité d'une péritonite hémorrhagique à streptocoques.

**66. — Hémorrhagies génitales graves chez les filles nouveau-nées.**

(*Soc. Obstét. et Gynéc.*, 1898.)

Les traités classiques signalent, comme un exemple de menstruation précoce, des écoulements de sang observés chez les filles, dès la naissance, et les comparent volontiers à la fluxion mammaire constatée dans les mêmes conditions.

Fort différentes sont les hémorrhagies génitales observées par l'auteur.

Il s'agit d'une véritable épidémie, dans laquelle cinq petites filles ont présenté un écoulement de sang, par la vulve, accompagné de pétéchies, d'ecchymoses et de suffusions sanguines étendues, à la peau, à l'ombilic et aux muqueuses, avec apyrexie complète et néanmoins terminaison fatale dans trois cas.

L'auteur fait un historique étendu de la question. Ribemont en 1880 a exposé l'étiologie de cet accident singulier : Démelin, Comby entrevoient une tare héréditaire, hémophilie, artério-sclérose; Marfan une sorte de purpura infectieux primitif; nombre d'auteurs accusent la syphilis; la théorie nerveuse est invoquée par Preushen. Le plus intéressant c'est que la forme épidémique a été observée, un certain nombre de fois, pour des formes rares d'hémor-

rhagie des nouveau-nés. La théorie microbienne a trouvé sa place dans ces hypothèses étiologiques.

Des tentatives de cultures ont été faites par l'auteur, sans un résultat assez précis pour permettre une affirmation.

Le sang du foie d'une des malades a cultivé du coli-bacille et une bactérie mobile mal déterminée.

L'auteur croit à une infection; mais il reste perplexe devant le fait que l'épidémie a touché seulement des filles, ce qui ferait supposer que les voies génitales ont dû servir de voie d'introduction aux germes pathogènes.

### 67. — Infection tuberculeuse congénitale.

(*Congrès de Genève.*)

(*L'Obstétrique*, 1896.)

Il s'agit d'une malade ayant fait un accouchement prématuré au terme de sept mois, qui mourut trois semaines après l'accouchement, après avoir présenté tous les symptômes de la granulie. L'autopsie révéla la présence des granulations tuberculeuses aux poumons, au péritoine et aux méninges. L'enfant survécut quinze jours à sa mère, et succomba sans présenter d'autre symptôme marqué, sinon un amaigrissement extrême. L'examen anatomique des organes ne montra pas de lésion tuberculeuse. On recueillit deux centimètres cubes du sang du cœur qui furent inoculés à un cobaye. Un chancre tuberculeux se produisit au point d'inoculation. Tous les autres organes furent trouvés indemnes, preuve que les bacilles étaient en petit nombre dans la masse sanguine.

### 68. — Infection du lait par les abcès ou les lymphangites du sein.

(*L'Obstétrique*, 1898.)

Dans tous les cas où l'auteur a fait l'examen bactériologique d'abcès ou de lymphangite du sein, il a observé qu'ils étaient causés par des *staphylocoques dorés ou blancs.*

Le lait fourni par le sein malade contenait toujours les mêmes staphylocoques et constituait, par cela même, un danger d'infection du tube digestif pour les nouveau-nés.

**69. — Stérilisation du lait par le formol.**

(*Ibid.*)

Il résulte de nos expériences que l'addition de *formol* au lait, dans les proportions de 1 p. 100.000 et même 10.000 ne suffit pas à stériliser complètement le lait. Nous avons souvent constaté, malgré l'addition du formol, le développement dans le lait, du *bacillus subtilis*, qui est un ferment de la caséine et qui, d'après Flugge, apporte dans la composition du lait des modifications dangereuses pour l'alimentation des nouveau-nés.

**70. — Persistance du trou de Botal et du canal artériel, chez un enfant nouveau-né, mort le quatrième jour.**

(*Bullet. Soc. Anatom.*, mai 1879.)

**71. — Hernie ombilicale congénitale.**

(*Ibid.*, janvier 1882.)

**72. — Fracture intra-utérine du tibia. Vices de conformation multiples du membre inférieur droit.**

(*Soc. Obstét.*, 1898, p. 62.)

L'observation recueillie par M. Scheffer, interne du service, montre qu'il s'agit d'un enfant né à terme d'une femme rachitique de 25 ans, et d'un père alcoolique, sans tares syphilitiques apparentes.

La même femme a eu trois accouchements antérieurs à terme, avec enfants vivants, un seul, le deuxième survit. Au cinquième mois de la grossesse récente, elle a fait une chute et a ressenti pendant quelques jours, de la douleur abdominale.

L'enfant né le 11 novembre 1897, pèse 3.720 grammes. Le tibia droit a subi une flexion angulaire marquée, saillante en avant. La crête tibiale, en ce point, laisse voir une dépression cutanée. A ce niveau se perçoit une crépitation légère qui paraît tenir à une fracture de l'os de la jambe.

En outre, pied droit en varus équin, absence du 4e orteil et d'une partie du péroné, atrophie musculaire. Il s'agit bien de la *fracture intra-utérine* du membre inférieur siégeant presque toujours à droite, connue par les travaux de Gurlt,

Brodhurst, Little, Ithen, Vilcoq, etc., et sur l'étiologie de laquelle existe un désaccord: les uns voulant faire jouer un rôle au traumatisme, pendant la grossesse, qui se retrouve mentionné dans un certain nombre d'observations; les autres considérant le fait comme d'origine tératologique pure. L'hypothèse la plus rationnelle est celle d'un arrêt de développement du membre, par défaut d'ossification, aboutissant à une conformation vicieuse associée à un stigmate tératologique. Le mécanisme de la fracture intra-utérine causée par un traumatisme se comprend mal, et, ainsi que le dit Kimisson, n'explique nullement l'absence d'un orteil et du péroné.

**73. -- Prolapsus congénital combiné à l'allongement hypertrophique de l'utérus et spina bifida, chez le nouveau-né.** (Avec 4 figures.)

(*La Gynécologie*, 1898.)

Ce mémoire prend texte de l'observation rare d'une enfant nouveau-né amenée à la maternité de Boucicaut, qui présenta un prolapsus utérin avec colpocèle, une énorme hypertrophie du col entouré circulairement par les parois vulvaire et vaginale inférieure éversées et herniées; le tout associé à un spina-bifida lombo-sacré type et à deux pieds-bots en varus équin, l'équinisme étant très peu prononcé. L'autopsie montra qu'au prolapsus et à l'hypertrophie du museau de tanche, s'ajoutait l'allongement atrophique de tout le segment vaginal du col.

L'auteur a recherché les observations publiées par les auteurs français et étrangers. Il en a réuni neuf, en tout. D'après leur analyse, il fait résulter les lésions observées de la lésion primordiale le *spina bifida*.

C'est à l'innervation vicieuse des ligaments et des parois contractiles des viscères qu'il faut faire remonter la responsabilité des phénomènes de prolapsus et d'atrophie passive de ces parois. Il considère que, chez la femme adulte, comme chez la fille à la période de puberté, comme chez la fille nouveau-née, dans la généralité des cas, une double cause mécanique et trophique agit pour déterminer le prolapsus.

Etablissant ensuite une comparaison entre le bassin normal et le bassin d'un enfant nouveau-né qui présente un spina-bifida, c'est-à-dire qui a une colonne vertébrale absolument rectiligne, sans angle sacro-vertébral, il montre que, dans cette dernière disposition, réside une cause essentielle de prolapsus, les organes pelviens ressentant plus facilement et plus énergiquement les effets de la pression abdominale.

**74. — Utérus absent ou rudimentaire.**

(*Soc. Obstét. et Gynéc.*, 1891.)

Histoire de deux malades affectées de ce vice de conformation :

La première était sur le point de se marier. Elle présentait les particularités suivantes : clitoris énorme, hymen intact; vagin admettant l'index presque entièrement. En tirant avec une pince, on amenait un petit moignon qui pouvait être pris pour le col, mais en pratiquant, simultanément, le toucher rectal et le cathétérisme de la vessie, il était facile de s'assurer qu'il n'existait pas d'organes génitaux internes ; pas de menstruation.

La seconde malade était mariée et stérile. Elle avait un utérus rudimentaire. Avec le doigt indicateur poussé au fond du cul-de-sac postérieur du vagin et recourbé en avant, vers le col, on arrivait à contourner celui-ci et à constater qu'il présentait, au plus, deux ou trois centimètres de longueur. De chaque côté une bride tendue indiquait la direction du bord supérieur des ligaments larges.

Les deux malades étaient affectées de douleurs pelvi-abdominales.

Au point de vue de la conduite du médecin, l'auteur pense qu'à la femme mariée, stérile, il convient de laisser ses illusions et que, pour la jeune fille à marier, il faut prévenir les parents de sa stérilité future.

**75. — Utérus bifide ; considérations opératoires liées à l'existence de cette malformation.**

(*Soc. Obstét. et Gynéc.*, Paris, 1886.)

L'auteur présente un utérus bifide, infiltré de myomes multiples faisant saillie, de tous côtés, dans l'excavation pelvienne. L'enclavement de l'organe était complet. La bifidité de l'utérus se continuait en bas, sur la partie supérieure du vagin par une bride verticale séparant les deux cols juxtaposés. Il existait un cloisonnement antéro-postérieur du bassin, une sorte de bride ou de repli péritonéal, allant du rectum à la vessie, qui avait eu pour conséquence de surélever les culs-de-sac antérieur et postérieur du bassin. Le péritoine est reporté plus haut ; et au lieu de 3 à 4 centimètres, c'est sur une hauteur de 6 à 7 centimètres qu'il a fallu disséquer et décoller les adhérences de l'utérus à la vessie et au rectum. Dans ces conditions, on opère bien plus dans le tissu du paramétrium que dans la cavité pelvienne.

### 76. — Les lochies et les organismes inférieurs.

(*Annales de Gynécologie*, février 1884.)

Ce mémoire (32 pages) est un travail de critique approfondie et de discussion serrée des opinions contraires à la doctrine microbienne.

L'auteur rappelle la formule adoptée par lui, dans son travail de 1880 : *l'accouchée est une blessée.*

Cette formule assimile le traumatisme obstétrical au traumatisme chirurgical. La plaie de l'accouchement est la surface de l'appareil génital : l'utérus toujours, le vagin et la vulve quelquefois. De cette plaie, ou mieux de ces plaies il s'écoule du sang d'abord, de la sérosité ensuite et, lorsque la muqueuse est en voie de restauration, du mucus.

L'auteur reprend une à une toutes les théories émises sur la signification et l'origine des lochies, pour arriver à démontrer que cet écoulement exprime uniquement la désintégration moléculaire des éléments caducs de la muqueuse utérine. La couleur, la réaction chimique, l'odeur spéciale, etc., découlent de la succession de phénomènes physiologiques du travail d'élimination et de réparation de cette muqueuse. La fétidité est un caractère anormal qui dépend de la présence de germes saprophytes.

La démonstration du fait que l'altération des lochies est la conséquence de l'infection, se tire des expériences bactériologiques poursuivies par divers auteurs, et rien ne saurait accréditer les doctrines anciennes de la putréfaction spontanée, pas plus que celle des microzymas, émise par Béchamp.

Au point de vue des accidents infectieux, l'examen des lochies ne peut avoir qu'une valeur relative. L'abondance extrême des microbes, dans les lochies d'une accouchée, est tout au plus, un indice pronostique de l'infection.

Les voies génitales de la majorité des femmes enceintes renferment des organismes, contre lesquels la résistance des tissus lutte suffisamment.

L'absence absolue de germes, où leur apparition tardive dans les lochies, correspondent à l'absence de fétidité et traduisent une marche régulière et normale des suites de couches.

### 77. — Examen gynécologique des accouchées.

Statistique des cas *pathologiques* constatés au moment de la sortie des accouchées, pendant les années 1895-96-97, à la maternité de la Pitié.

(*La Gynécologie*, 1897.)

Après avoir montré ce qu'il faut entendre par *état normal* chez la femme, 10 ou 12 jours après l'accouchement, tout en tenant compte des changements

dont la parturition laisse nécessairement des traces qui ne sont pas durables, l'auteur passe en revue les états morbides qu'il a constatés chez un certain nombre d'accouchées.

L'état normal, 10 à 12 jours après l'accouchement, est constitué par une vulve plus colorée, une saillie plus marquée du méat et de l'urèthre qui ne va pas toutefois jusqu'à l'uréthrocèle ; une musculature normale, périnée complet, résistant, releveur anal énergique ; des parois vaginales tendues, ne se herniant pas sous l'effort ; un utérus en antéversion physiologique ou avec une flexion légère ; l'isthme utérin rigide, de consistance élastique ; le col bien suspendu, rapproché de la paroi postérieure de l'excavation, de volume moyen, la longueur du museau de tanche de 2, 3 centimètres, l'orifice externe linéaire, transversal, la sécrétion nulle, ou limpide et claire, la cavité de l'utérus perméable ; une paroi abdominale tendue, ne faisant point de saillie anormale pendant l'effort expiratoire.

Dans la statistique des femmes inscrites en 1895-96-97, sur 828 sortantes examinées, 10 à 12 jours après l'accouchement, l'auteur en a relevé 340 normales, et 488 présentant un état morbide, c'est-à-dire ayant une anomalie persistante, encore qu'elle ne caractérisât pas forcément une condition durable pour l'avenir.

Les 448 femmes reconnues en possession d'un état morbide quelconque se répartissent de la façon suivante :

## I. — Traumatisme.

*Déchirures du périnée. — Restauration immédiate.*

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Année 1895. | Sur 9 | périnéorrhaphies, | 2 cas | de restauration | incomplète | au niveau de la fourchette. |
| — 1896. | Sur 13 | — | 13 cas | — | parfaite | — — |
| — 1898. | Sur 19 | — | 19 cas | — | — | — — |

Périnées insuffisants, par suite de défaut de restauration, antérieurement à l'accouchement actuel.

| | |
|---|---|
| Année 1895 | 1 cas |
| — 1896 | 17 — |
| — 1897 | 18 — |
| | 36 cas |

Chez 18 de ces femmes, il existait une colpocèle postérieure, avec un releveur anal affaibli et relâché.

Chez 13, le releveur était hypertrophié.

*Déchirures latérales de la vulve.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Année 1895, | 5 cas, | latérales | antérieures | 3 cas |
| — | — | — | postérieures | 2 — |
| — | 1896, 4 cas, | — | antérieures | 2 — |
| — | — | — | postérieures | 2 — |
| — | 1897, 5 cas, | — | antérieures | 5 — |
| — | — | — | postérieures | 1 — |
| | | | | 15 cas |

*Colpocèle.*

Cette affection qui résulte de l'affaiblissement de la trame musculaire et fibreuse du conduit vaginal, de l'allongement et de l'affaiblissement des ligaments péricervicaux de l'utérus, de l'allongement et de l'affaiblissement des faisceaux du releveur anal, a été retrouvée dans la proportion de :

| | |
|---|---|
| Annee 1895 | 13 cas |
| — 1896 | 26 — |
| — 1897 | 7 — |
| | 46 cas |

*Déchirures du col utérin.*

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Année 1895, 35 cas dont | 3 | avec endocerv. | et sécrét. | muco-purul. |
| — 1896, 25 — — | 5 | — | — | — |
| — 1897, 32 — — | 9 | — | — | — |
| | 17 | | | |

Un seul cas de large déchirure bilatérale.

### Subinvolution.

Mesurée, moins à la profondeur de la cavité utérine qu'au volume total de la matrice, corps et col.

| | |
|---|---|
| 1895 | 7 cas |
| 1896 | 3 — |
| 1897 | 0 — |
| | 10 cas |

## II. — Ectropion cervical. Endocervicite.

L'auteur distingue des formes légères et graves d'ectropion. Dans les formes légères, le col est béant, l'orifice externe bordé par une marge de muqueuse intra-cervicale rouge, cerclée d'une bande de muqueuse cervico-vaginale érodée.

Dans la forme grave, la muqueuse est parsemée de kystes glandulaires, de granulations remplies de muco-pus ou de mucus épais. Le tissu cervical est épaissi, scléreux — le museau de tanche volumineux.

La statistique a donné :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| En 1895 | 26 cas, | 13 légers | = | 13 graves |
| 1896 | 16 — | 7 — | = | 9 — |
| 1897 | 44 — | 28 — | = | 10 — |
| | 86 cas | 48 légers | | 38 graves |

*Les sécrétions étaient :*

| | | 1895 | 1896 | 1897 |
|---|---|---|---|---|
| Stériles ou indéterminées. | normales | 13 | 4 | 24 = 41 |
| | sanguinolentes | 9 | 6 | 9 = 24 |
| Bacillaires ou microbiques. | muco-purulentes | 4 | 2 | 5 = 11 |
| | purulentes | 0 | 4 | 6 = 10 |

### III. — Déviations. Hernies génitales.

| | Prolapsus | Latéroversion | Rétrodéviation Légère | Rétrodéviation Complète. |
|---|---|---|---|---|
| | — | — | — | — |
| 1895............ | 4 | — | 10 | 6 |
| 1896............ | 0 | 0 | 4 | 6 |
| 1897............ | 0 | 1 | — | 3 |
| | 4 | 1 | 14 | 15 |

### IV. — Éventration.

1 cas en 1895 ; 2 cas en 1897.

### V. — Tumeurs.

Un cas de fibromatose utérine, — un cas de K. double des ovaires, chez une femme affectée concurremment de mole hydatiforme.

L'auteur conclut à l'absolue nécessité de ne point considérer comme indemne pour l'avenir, toute femme qui n'aura point présenté des signes anormaux au cours du *post-partum*.

Il importe, au contraire, d'examiner toute accouchée, minutieusement et en détail, à sa sortie, où à une période plus éloignée, et de traiter immédiatement les lésions par les méthodes appropriées.

## 78. — La fièvre puerpérale et les organismes inférieurs. — Pathogénie et thérapeutique des accidents infectieux des suites de couches.

(*Thèse*, Paris, 1880.)

Ce travail a paru à une époque où les doctrines microbiennes étaient peu en faveur ; il est le premier de ce genre, signé par un médecin de l'école de Pasteur, qui ait été soumis à l'appréciation des professeurs de la Faculté de Paris.

En dédicace à son maître Pasteur, l'auteur écrit à la première page : « En vous dédiant ce modeste essai, j'ai voulu d'abord vous remercier des enseignements auxquels vous avez daigné m'initier ; et vous prouver ensuite le respect et l'admiration que m'inspirent vos travaux, dont la science française s'enorgueillit, *et dont la médecine sera surtout fière, lorsqu'après les avoir définitivement transportés dans son domaine, elle en aura recueilli tous les fruits.* »

Il y a 20 ans que ces lignes ont été écrites, en pleine période de scepticisme et de lutte contre les idées Pastoriennes.

L'ouvrage comprend 334 pages de texte avec 3 planches hors texte.

Il débute par un *historique* très étendu et aussi compendieux qu'il était nécessaire, dans lequel sont passées en revue les théories anciennes et modernes sur la *fièvre* puerpérale. Cette partie est l'objet d'une analyse critique qui aboutit à rétablir sur les bases scientifiques les plus nouvelles, l'ancienne opinion des *essentialistes*, affirmant un génie morbide, un miasme contagieux, qu'ils ne pouvaient cependant démontrer.

Le miasme mystérieux, c'est le microbe.

Suit un chapitre sur l'état de la science en 1879, dans lequel sont exposées les tentatives faites en vue de la découverte des organismes pathogènes de l'infection puerpérale.

Ces premiers essais, poursuivis tant en France qu'en Allemagne, péchaient par l'ignorance des procédés de culture et n'avaient abouti qu'à démontrer soit la présence d'organismes mouvants vus au microscope, soit les qualités septiques du pus ou des lochies.

L'auteur aborde ensuite l'influence de la doctrine de Pasteur sur la pathogénie des maladies transmissibles. Cette doctrine doit rester triomphante malgré les contestations nombreuses qu'elle a subies. Son rôle apparaît clairement aujourd'hui dans la question de l'infection puerpérale.

Suit une étude du *milieu* considéré comme source de l'infection et des épidémies, — et des organismes contenus dans l'air des salles d'accouchement : expériences de Joubert, de Pasteur au Mont-Anvers, et de l'auteur lui-même dans les salles de l'Hôtel-Dieu de Paris. Les salles d'hôpital, les maternités, fourmillent de parcelles propres à la culture des microbes. Les déjections des malades, le pus, l'urine, le sang, les pièces de pansement sont autant de milieux propres à la multiplication des microbes pathogènes qui y viennent renforcer leur virulence.

Les organismes se rencontrent dans les organes génitaux des accouchées et dans les lochies. Les recherches de Miller, de Pasteur, ont été répétées par l'auteur qui expose le résultat d'examens bactériologiques pratiqués sur les lochies de 21 femmes accouchées. Une planche est annexée à ce chapitre où figurent les variétés de microbes les plus fréquemment rencontrés.

Le chapitre suivant considère les voies d'introduction des germes infectieux dans l'économie, les voies de diffusion de ces germes et les lésions qu'ils engendrent dans les tissus : la plaie d'abord, le milieu sanguin et ses dépendances, enfin, le milieu lymphatique et ses dépendances.

*L'accouchée est une blessée ;* les germes pathogènes envahissent la plaie d'où ils se diffusent. Les formes lymphangitiques de l'infection et la péritonite cadrent avec ce qué l'on soit de la lymphangite ordinaire.

La *phlébite* s'explique par l'infection des caillots.

La démonstration de l'existence des microbes dans les caillots infectés et sur la paroi des veines est faite ici pour la première fois. La *phlegmatia alba dolens* est une phlébite infectieuse. Des observations et des figures à l'appui viennent soutenir cette doctrine défendue depuis par nombre d'auteurs et devenue classique. Les abcès à distance ne sont que des migrations microbiennes. Le pus de ces abcès renferme les germes pathogènes initiaux.

L'auteur tente ensuite une interprétation des formes cliniques de l'infection, basée à la fois sur la nature et le siège des lésions et sur la diversité de forme et de nature des germes pathogènes. La bactérie puerpérale commune par excellence c'est le microbe en chapelet dénommé depuis *streptocoque*; il faut y ajouter la bactérie en grappes (*staphylocoque*). Les formes septiques rapides, parfois foudroyantes sont dues à la bactérie septique, filamenteuse ou bacillaire décrite par Pasteur. D'autres formes se rencontrent encore.

La spécialisation selon les formes bactériennes a été contestée depuis. Elle n'était qu'hypothétique étant donné l'état de la science.

La doctrine de la multiplicité des organismes pathogènes, combattue plus tard, s'est vérifiée de plus en plus et reste conforme aux idées de l'auteur. Il en est de même de la réalité de la forme bacillaire septique contrôlée par Tarnier et Vignal, et d'autres accoucheurs.

Cet exposé est suivi de la relation détaillée d'un grand nombre d'expériences, basées sur la culture pure des microbes rencontrés et l'inoculation de ces microbes à des animaux. Cette relation tient 95 pages de petit texte.

Suit l'étude du mode de transmission des organismes infectieux et, pour parler plus simplement, de la *Contagion*. Elle se décompose de la façon suivante:

**Contagion immédiate.** — 1° Contagion par des germes préexistants dans les voies génitales; 2° par les pièces de pansement, les linges, les canules; 3° par les instruments malpropres; 4° par le contact avec les débris septiques provenant des bassins, des draps, des rideaux, etc.; 5° avec un enfant contaminé; 6° par les gardes, les nourrices; 7° par les accoucheurs, les sages-femmes, les élèves. Ce dernier mode est longuement étudié et étayé sur nombre d'observations et de faits relatés par les accoucheurs.

**Contagion médiate.** — Ce mécanisme est obscur, si l'on s'en rapporte au mot lui-même. Mais le mot est impropre, car il n'y a point de contagion sans contact direct avec les organismes pathogènes. Il est difficile, sinon impossible de déterminer, tant ils sont nombreux, les véhicules de la contagion. On déduit l'idée du fait simple et connu qu'il y a contagion pour les accouchées quand il existe, dans leur voisinage un service chirurgical, un amphithéâtre d'autopsies, des cas d'érysipèle, etc. On dit alors que *la Contagion est dans l'air*.

L'influence de l'érysipèle est étudiée à part et longuement.

Ici se place une découverte d'un grand intérêt ; c'est *l'identité du streptocoque de l'érysipèle et de celui de l'infection puerpérale. L'auteur a cultivé, le premier, à l'état de pureté et inoculé, le microbe de l'érysipèle. Il l'a figuré nettement dans une planche de son ouvrage.*

*Sa découverte est antérieure à celle des auteurs étrangers.*

Bouchard dans ses cours, Cornil à l'Académie, en ont témoigné.

A cette similitude, les observations cliniques viennent apporter une force nouvelle. Les accoucheurs ont depuis longtemps soupçonné, sinon démontré, la relation intime entre les deux maladies. Considérations analogues pour la scarlatine et la scarlatinoïde; Guéniot dès 1862, penche nettement vers l'idée d'un rapport intime entre elles.

**Epidémie.— Encombrement.** —Les circonstances dominantes et nécessaires de l'épidémie sont l'existence d'un foyer générateur et la multiplicité de moyens de diffusion de ce germe. L'encombrement est une condition de diffusion et de multiplication des germes.

Un chapitre spécial est consacré à la contagion par des voies autres que la plaie. Des faits de cet ordre ont été rapportés. La voie intestinale ou pulmonaire peut-elle être incriminée? Dans des circonstances tout à fait exceptionnelles, comme celles qui ont été relatées, cette hypothèse qui cadre avec ce qu'on sait de la bactériologie des voies respiratoires et du milieu intestinal, est admissible.

La deuxième partie est consacrée à la prophylaxie et à la thérapeutique.

L'auteur expose la Doctrine Listérienne et la pratique de son maître J. Championnière, avec une statistique portant sur 770 accouchements pratiqués en 1878 à l'hôpital Cochin.

La formule de la prophylaxie est renfermée dans les trois préceptes suivants : 1° Prévenir l'introduction des germes (antisepsie avant l'accouchement); 2° paralyser leur action (antisepsie après l'accouchement); 3° leur fermer les portes d'entrée : veines lymphatiques, trompes (emploi des moyens qui favorisent la contraction utérine).

Suit un développement spécial à chacun de ces préceptes. L'antisepsie contre les germes préexistants dans les voies génitales, l'antisepsie du travail et des suites de couches y sont exposées avec détail.

L'emploi de l'acide phénique, les injections intra-utérines, avec le manuel technique, les précautions indispensables et les dangers inhérents à ces pratiques sont discutés, en même temps que les autres agents et méthodes d'antisepsie, contre les accidents infectieux, une fois que ceux-ci sont apparus.

L'auteur affirme aussi l'efficacité du sulfate de quinine à condition que son action soit secondée par la désinfection des organes malades.

Un exposé des méthodes techniques de culture et d'examen des liquides suspects, avec le dispositif nécessaire, la composition et la stérilisation des appareils et des bouillons de culture, termine l'ouvrage.

**79. — Accidents tardifs de l'infection puerpérale. — Du traitement prolongé des accouchées.**

*Bull. de la Soc. Obstét. et Gynéc.*, 1894.)

**Infection.** — Les signes d'infection (frisson, fièvre, douleur, altération des lochies, etc.), que peut présenter une accouchée pendant le puerpérium, qui normalement est de deux septenaires, peuvent céder par un traitement prolongé. Cette guérison n'est parfois qu'un répit. Des symptômes morbides nouveaux peuvent apparaitre après cette période de calme, un peu différents de ceux du début, constituant une récidive. Les microbes et les streptocoques en particulier peuvent, après des périodes plus ou moins longues de somnolence, retrouver toute leur activité et leur virulence première, la manifestation morbide, tardive, se calquant sur la manifestation initiale.

La malade ayant déjà présenté des accidents de périmétrite (salpingo-ovarite) liés à une infection de la muqueuse, les lésions se reproduisent dans les annexes déjà lésées. On peut aussi voir apparaitre des localisations éloignées dans les séreuses articulaires, pleurale, péricardique, meningée, etc., si l'infection siégeait dans le parametrium.

D'autres fois, l'infection primitive a passé inaperçue, a existé à l'état latent seulement. L'apparition tardive d'accidents infectieux peut tenir alors à une interruption des précautions antiseptiques ; parfois le retour de la congestion menstruelle a ajouté une prédisposition morbide.

Dans une autre catégorie, les femmes se sont infectées postérieurement à l'accouchement et au puerpérium ; le vagin et l'utérus, n'ayant pas retrouvé leur intégrité absolue, présentaient une réceptivité spéciale.

On se trouve donc en présence de trois catégories de malades où domine la catégorie des réchappées de la fièvre puerpérale : les infections puerpérales à longue échéance, avec la variété latente — la variété récidivante ou paroxystique — et les infections tardives secondaires.

Les meilleurs moyens à mettre en œuvre, pour prévenir ces manifestations, consiste dans une antisepsie rationnelle et surtout prolongée, pour les deux premières catégories; dans l'emploi de moyens capables d'amener la *restitutio ad integrum*, pour la troisième.

L'auteur appuie les considérations précédentes sur les faits tirés de la statis-

tique de l'asile Ledru-Rollin à Fontenay, où sont recueillies un grand nombre d'accouchées venant, pour la plupart, des maternités de Paris.

En 1892, pendant les 5 mois qui suivirent l'ouverture de l'asile, 7 femmes sur 225 ont présenté des phénomènes infectieux.

En 1893, sur 920, on a noté 56 cas d'infection tardive soit 56/920, ou 6/100.

En 1894, sur 949 femmes, 43/949 — 4,5/100 ; soit, pour les deux années 1893 et 1894, une moyenne de 5,3/100.

**Subinvolution.** — Année 1892-20 cas, dont 4 ayant succédé à des suites de couches pathologiques.

Année 1893. — 30 cas, dont 6 ayant succédé à des suites de couches pathologiques.

Année 1894. — 46 cas, dont 7 ayant succédé à des suites de couches pathologiques.

**Déchirures du périnée.** — L'auteur les a classées en 3 catégories :

1° *Déchirures légères* laissant le corps du périnée intact, n'intéressant que la fourchette.

2° *Déchirures musculaires*, intéressant le corps musculaire du périnée moins le sphincter.

3° *Déchirures complètes*, il ne restait plus qu'une simple cloison membraneuse ano-vulvaire.

**Traumatisme divers.** — 1 cas de thrombus de la vulve en 1892.

1 cas de déchirure du vagin et fistulette recto-vaginale en 1894, réparée à l'asile.

2 cas d'éventration en 1892.

**Déchirures du col.** — 31 cas de déchirures profondes du col sur un total de 1869 soit 14 0/0.

**Déviations utérines.** — Ont été traitées par le repos, les tampons, le pessaire de Hodge, l'hydrothérapie ; 5 cas de rétroversion ancienne ont été traités chirurgicalement.

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

Les infections torpides, latentes ou légères du *post-partum* guérissent aisément par des moyens simples dans la période qui précède le retour des règles.

Les traumatismes se réparent facilement dans la période post-puerpérale, grâce à la suractivité trophique qui dure tant que l'involution n'est pas achevée.

Il est indispensable d'examiner chaque accouchée périodiquement et en détail, jusqu'à l'involution complète, aussi bien à l'hôpital que dans la clientèle civile.

C'est le moyen de prévenir les complications et l'aggravation de lésions dont la cure eut été facile, si elle avait été entreprise à temps.

### 80. — Multiplicité des microbes pathogènes dans la septicémie puerpérale. — Importance du terrain.

(*Archives de Tocologie*, 1885.)

Quelques auteurs n'admettent qu'un microbe puerpéral, doctrine facile, mais en désaccord avec les faits. Ils n'admettent point la multiplicité et l'association des germes infectieux. Elle paraît cependant démontrée. On ne comprendrait pas que, sur la plaie exposée que présente l'accouchée, différents microbes pathogènes ne fussent aptes à se reproduire. Pour d'autres, tout microbe est virulent; cependant il en est d'inertes, et d'autres à peine actifs.

L'habitat peut décider ou modifier la forme apparente, la morphologie des germes infectieux; soit que tel milieu se prête au développement de telle variété à l'exclusion des autres; soit que le développement parfait de plusieurs variétés d'organismes se trouve gêné et ne dépasse pas une certaine phase de son évolution dans ce milieu.

Il ne faut pas nier l'influence du terrain. Il en est de réfractaires, il en est de prédisposés. La doctrine des germes ne devient rationnelle qu'en tenant compte des deux éléments : microbes infectieux et résistance du sujet. Tel sujet résiste mieux que tel autre, tel microbe s'atténue dans un terrain ou est éliminé avant d'avoir pu nuire.

### 81. — Un point d'historique, à propos du streptocoque puerpéral.

(*Nouvelles Archives*, 1892.)

Cette étude répond à l'assertion rééditée récemment que la découverte du streptocoque puerpéral revient à Coze et Feltz, et en démontre l'erreur. Coze et Feltz (1866-69) étudiant les ferments dans le sang des septicémiques, se contentent d'appuyer les idées exprimées par Pasteur, sur le rôle de l'élément *bactérie punctiforme* ou en *chaînettes*. Dans la septicémie puerpérale, disent-ils, la mort par péritonite diffère totalement de la mort par septicémie en ce que, dans le premier cas, le sang ne renferme pas de bactéries et que, dans le second, on y retrouve les éléments propres à cette infection!

Après cette conclusion, qui est en désaccord avec les faits précis de l'expérimentation moderne, les auteurs sus-nommés se sont livrés à des cultures et à des inoculations desquelles il est impossible de déduire un résultat quelconque.

En 1879, l'un d'eux, Feltz, dans une note envoyée à l'Académie des sciences sous ce titre : « *Recherches expérimentales sur un leptothrix trouvé, pendant la vie, dans le sang d'une femme atteinte de fièvre puerpérale grave,* » commettait une erreur qu'il reconnaissait fort loyalement peu après, et publiquement. La culture de ce leptothrix était une culture pure de bactéridie charbonneuse.

Nombre de chercheurs ont parlé de germes dans la fièvre puerpérale; mais aucun n'a devancé, par une donnée tant soit peu précise, la découverte de Pasteur et de ses élèves.

L'auteur revendique simplement le mérite d'avoir, par des recherches multipliées :

1° posé la question de la pluralité des microbes puerpéraux ; — 2° déterminé la virulence du streptocoque puerpéral à l'état de culture pure, par des inoculations aux animaux ; — 3° établi l'identité du streptocoque dans le sang puerpéral et dans la sérosité de l'érysipèle, et l'identité de ces organismes en culture pure ; — 4° assigné à la phlébite puerpérale sa véritable signification, en déterminant l'existence des germes infectieux dans les caillots ; — 5° enfin, d'avoir apporté la preuve que, dans certains cas, le staphylocoque était l'unique agent de l'infection.

### 82. — Infection puerpérale et érysipèle

(*Archives de Tocologie*, 1885.)

Entre les septicémies chirurgicales et puerpérales et l'érysipèle, il existe de nombreux liens de parenté.

Parfois il s'agit de la coexistence d'épidémies puerpérales et d'érysipèle dans dans une salle d'accouchement. Parfois cette coexistence se retrouve dans un pays, une région.

D'autres fois ce n'est plus la coexistence des deux affections qui apparaît, c'est la succession ou l'alternance.

L'auteur en 1880, a fourni la preuve matérielle de l'identité morphologique et physiologique de certains germes septiques trouvés dans la fièvre puerpérale et dans l'érysipèle. Il en a figuré la forme dans une des planches de son travail.

Il croit à la parenté de l'érysipèle et de l'infection puerpérale, mais il ne se prononce pas sur la question de savoir s'il s'agit de la manifestation différente

d'une même forme de septicémie, où s'il s'agit de septicémies identiques dans leur origine microbienne. Toujours est-il que le microbe en chapelet (streptocoque) qui les produit ne semble pas différer dans les deux cas. La clinique et la bactériologie se trouvent ici d'accord.

### 83. — L'infection puerpérale inévitable. — Infections d'aventure.

(*Société obstétricale de France.*)

L'antisepsie est toute puissante contre les contages infectieux d'origine extérieure, contemporains de l'accouchement et contre ceux des suites de couches. C'est d'ailleurs la grande classe des infections courantes.

Il ne faut pas cependant nier les cas, rares à la vérité, où l'infection est, en quelque sorte, inévitable, encore qu'elle puisse être atténuée par un traitement sévère et suivi. Certaines catégories d'inflammation profonde du col utérin, celles surtout qui ont une origine blennorrhagique, ayant persisté pendant la grossesse, peuvent créer des lésions infectieuses au cours du *post-partum*. Celles-là échappent à l'action prophylactique de l'antisepsie. On peut dire qu'elles constituent, ainsi que quelques autres variétés analogues, autant de formes de l'infection *inévitable*. La bactériologie a démontré, grâce à des recherches pratiquées par l'auteur, que les cryptes glandulaires et les cavités kystiques du col utérin contiennent souvent des germes pathogènes.

D'autres infections peuvent provenir de causes fortuites, au cours du *post-partum*; véritables *infections d'aventure*, dont la septicité intestinale, l'herpès, la grippe, etc., peuvent être l'origine.

### 84. — Infections uréthro-vésicales consécutives à l'accouchement.

(*L'Obstétrique*, 1898.)

Le plus souvent, le pus urèthral ou le dépôt des urines contient des streptocoques associés au *bactérium coli commune* ou à des staphylocoques.

Dans un cas, l'urine ne contenait que du *bactérium coli commune* à l'état de culture pure.

### 84 bis. — Petites infections puerpérales.

*Ibid.*

Sous ce titre, sont comprises les infections utérines légères, provoquant une ascension thermique éphémère à la suite de l'avortement ou de l'accouchement.

Dans presque tous les cas que nous avons observés, en 1896, 1897, il s'agissait de malades qui entraient dans le service, après avoir été infectées au dehors.

Ces infections ne relèvent pas d'une seule espèce microbienne ; c'est d'ailleurs ce que soutient depuis longtemps l'auteur. Les infections par les *staphylocoques blancs* ou *dorés* se sont rencontrées plus fréquentes que celles par les *streptocoques*; les premières s'observent seulement une fois sur trois, tandis que les secondes s'observent une fois sur quatre. Encore faut-il remarquer que les streptocoques isolés dans ces derniers cas, se montrent presque toujours sans action pathogène sur les lapins.

Dans un tiers des cas, on ne trouve, dans l'utérus que différentes variétés de bacilles non déterminées (*bacilles mobiles*, ne se décolorant pas par le Gram, *bacilles courts* analogues au bacille pseudo-diphtérique, *bacilles longs* et minces)

Dans un tiers des cas, à la suite de diarrhée profuse, on a observé une infection utérine avec des lochies fétides. Celles-ci examinées au point de vue bactériologique, ne contenaient que des bacilles anaérobies, provenant évidemment de l'intestin.

**85. — Ovarite suppurée chronique d'origine puerpérale. — Abcès ovariques multiples. — Phlegmon chronique du ligament large. — Paramétrite. — Laparotomie après un second accouchement. — Guérison.**

(*Bull. de la Soc. Obstét.*, 1888, p. 97.)

Observation d'un cas d'ovarite suppurée, datant de trois ans. Laparotomie; extirpation de l'ovaire et de la trompe droites : la guérison est survenue sans incidents.

L'ovaire avait la grosseur d'un œuf de dinde et adhérait fortement au petit bassin, à la corne utérine correspondante, à l'intestin grêle et à la paroi pelvienne. Il était criblé d'abcès miliaires développés dans des ovisacs et des corps jaunes. Couche ovigène sclérosée, réduite à l'état de vestiges. Foyer hémorrhagique renfermant trois cuillerées à bouche de sang, situé à la partie supérieure de l'organe, dans l'épaisseur de fausses membranes. Les ligaments tubo-ovarien et utéro-ovarien, de même que les tissus cellulo-vasculaires du ligament large droit, sont infiltrés par un processus scléreux, parsemé de vacuoles purulentes. Les parois vasculaires sont énormément épaissies.

Le pus des abcès intra-ovariques renfermait des micrococci en points simples, doubles et en colonies.

Comme fait dominant l'évolution de la lésion, il faut noter son début trois ans avant l'opération, à la suite d'une grossesse suivie d'accidents septiques

graves. Puis, le développement régulier et normal d'une grossesse pendant la durée de cette ovarite. Les suites de couches ont été normales. Si une extension du processus septique de l'ovarite s'était produite, une infection puerpérale, du type de celles que l'auteur a appelées inévitables, serait alors survenue sans qu'on eût eu le droit d'incriminer l'accoucheur.

Au point de vue anatomique, la lésion réalise le type distinct de la paramétrite ou phlegmon du ligament large, avec propagation au hile de l'ovaire par le meso-ovarium, sans extension diffuse au péritoine.

### 86. — Phlébite utérine compliquée de lymphangite et ayant donné lieu à une embolie cardiaque et à des infarctus pulmonaires.

(*Bullet. Soc. Anatomique*, juillet 1879.)

### 87. — Septicémie gazeuse d'origine puerpérale.

(*Semaine médicale*, août 1899.)

Le streptocoque est l'agent habituel des infections perpuérales vulgaires, mais il n'est pas le seul micro-organisme à craindre et a combattre. D'autres microbes ont été reconnus, cultivés et, dès 1879, l'auteur leur avait fait la place qu'ils méritent dans la nomenclature des parasites dangereux pour l'utérus puerpéral. La doctrine de la polymicrobie qui contient celle de l'association bactérienne, après avoir été combattue et rejetée, est admise de nouveau aujourd'hui. Les sérothérapeutes s'acharnent à mettre en lumière les distinctions bactériologiques. Ils disent qu'il y a différents streptocoques et qu'à chaque variété correspond un sérum immunisateur ou curatif.

Il existe aussi des formes insolites entre lesquelles la thérapeutique ordinairement suivie, reste sans efficacité. La septicémie que Pasteur définissait la putréfaction sur le vivant, est due au vibrion ou bactérie septique décrite par l'auteur en 1879, dans ses formes bacillaire et filamenteuse. Elle a été retrouvée plus tard par Tarnier et Vidal et l'auteur l'a montrée à nouveau en 1883 dans un cas de fibrome gravidique putréfié. Il se produisit un développement de gaz putrides dans les tissus péri-utérins et jusque dans l'épaisseur de la paroi abdominale. La pièce présentée à la Société anatomique fut l'objet d'une discussion à laquelle prirent part MM. Cornil, Brun, Charpentier et Duret. Les cas de septicémie gazeuse sont dus à des microbes anaérobies, difficiles à déceler et pouvant disparaître fortuitement au contact d'autres microbes associés dans les cultures.

Dans la nouvelle observation rapportée par l'auteur, il s'agit d'une primipare

âgée de 21 ans qui fut conduite, déjà infectée, à la maternité de l'hôpital Boucicaut au mois de janvier 1899.

L'accouchement qui avait été fait en ville avait été suivi d'une tentative malheureuse de délivrance artificielle dans des conditions d'asepsie plus que suspectes. Le lendemain de son arrivée à l'hôpital la délivrance fut complétée, et suivie d'un écouvillonnage de la cavité utérine avec de la glycérine créosotée à 5 0/0. Deux jours après, la malade mourait aprés avoir présenté tous les phénoménes d'une septicémie de nature exceptionnelle, presque sans hyperthermie avec tous les signes d'un empoisonnement rapide grave.

L'autopsie démontra nettement qu'il s'agissait d'une septicémie gazeuse dont l'origine fut décelée par l'examen bactériologique.

Les recherches bactériologiques faites en collaboration avec M. Bourges ont abouti à des constatations intéressantes : Des frottis de lamelles pratiqués avec la sérosité du bassin et colorés au violet de gentiane ont montré quatre variétés de bactéries ; des bacilles en filaments longs de 10 à 15 μ à côté de segments plus courts à extrémités arrondies et ressemblant au vibrion septique, de gros bacilles plus épais et plus courts, de cocci en chaînettes de 5 à 6 articles, ayant l'aspect du streptocoque, des cocci en amas.

La sérosité ensemencée sur gélose inclinée et en plaques n'a donné que des colonies de *bacterium coli commune*.

Des inoculations pratiquées sur deux cobayes immédiatement aprés l'autopsie, firent mourir le premier au bout de 12 heures et le second en moins de 24 henres, mais aucun de ces deux animaux ne présenta ni de l'œdéme gazeux, ni de coloration noirâtre des muscles.

La cavité péritonéale et la circulation générale avaient donc été envahies chez la malade par le streptocoque pyogène et aussi par des bactéries de l'intestin, particuliérement par le coli bacille.

Ce ne sont pas là les seuls microbes qui ont déterminé les accidents observés. Il faut donc incriminer pour une part l'action de bactéries septiques, périssant rapidement au contact de l'air, et constituant les plus terribles agents de la décomposition des tissus.

## 88. — Traitement de l'endométrite puerpérale septique par le curage et l'écouvillonnage.

(*Bullet. Soc. Obstét. et Gynéc.*, 1896.)

A la fin de son mémoire sur le curettage dans la rétention placentaire (1886), l'auteur préconise l'emploi du méme traitement contre l'endométrite puerpérale septique et insiste, avant tout, sur la nécessité de procéder hâtivement à ce

traitement vraiment héroïque. Autant la temporisation est de mise quand il s'agit de l'utérus malade à l'état de vacuité, autant la décision est nécessaire quand il s'agit de l'utérus puerpéral; car ici les processus septiques progressent avec une rapidité parfois foudroyante.

Il rapporte trois observations personnelles de malades atteintes d'endométrite septique post-puerpérale dans lesquelles l'ablation des débris septiques et l'écouvillonnage furent pratiqués dès l'apparition des signes d'infection. Il indique qu'après l'écouvillonnage, il faut surveiller l'écoulement et continuer l'antisepsie intra-utérine. Contre les phénomènes infectieux, on se trouvera bien de l'administration du sulfate de quinine. Il faudra aussi instituer le traitement local des phénomènes périmétritiques ou péritonitiques, s'il en existe.

### 89. — Curage utérin hâtif, post-partum.

(*Nouv. Archives d'Obstét. et de Gynéc.*, 1892.)

Après avoir montré les étapes parcourues avant d'arriver à la méthode du curage, l'auteur, déterminé par la publication de quelques échecs, dus uniquement au retard apporté dans l'intervention, établit qu'en présence d'un cas d'infection puerpérale bien avérée, tous les avantages sont dans l'*intervention hâtive*. La marche de l'infection, dans l'utérus gravide, étant rapide, lorsqu'on a laissé pulluler les microbes dans la paroi utérine et le parametrium, le raclage tardif de la muqueuse n'est plus qu'un moyen aléatoire et décevant. Le processus révélé par des symptômes caractéristiques peut rester quelque temps localisé à la muqueuse, avant la formation des foyers secondaires. Tant que l'organisme est assez puissant pour lutter contre les sepsines fabriquées dans l'utérus, tant qu'il n'y a pas de preuve manifeste de généralisation de l'infection par des colonies microbiennes, il faut profiter de ce court répit pour enlever vigoureusement, jusqu'à la dernière trace, le foyer infectieux. La curette et une antisepsie soignée sont seules susceptibles de fournir une garantie suffisante. Mais il faut agir promptement. Dans ces conditions seulement, un échec peut infirmer la valeur du principe et de l'opération. Les interventions tardivement décidées ne sauraient rien prouver de sérieux contre une méthode qui a rallié déjà un grand nombre d'accoucheurs, tant en France qu'à l'étranger.

### 90. — Infection puerpérale après l'accouchement à terme. — Curettage post-partum. — Statistiques.

(*L'Obstétrique*, 1898.)

Dans cette statistique nouvelle, figurent tous les cas traités par le curettage pendant les années 1895-96-97, à la maternité de la Pitié.

Les femmes infectées dans le service sont au nombre de seize. Dans ce nombre figurent trois cas dans lesquels les symptômes fébriles relevaient d'autres causes et dans lesquels l'écouvillonnage ou le curettage ont été faits par conséquent à titre de précaution.

Les femmes infectées hors du service sont au nombre de cinq.

Dans les vingt et un cas, la mortalité a été nulle, la guérison complète et définitive.

C'est donc là une opération absolument bénigne que l'on fera sans chloroformisation, en faisant usage de dilatateurs de volume progressif, et d'une large curette tranchante, à boucle, à extrémité cintrée de grande courbure.

L'opération sera terminée par l'écouvillonnage et le tamponnement antiseptique à la gaze iodoformée, après une large irrigation utérine.

**91 — Le sulfate de quinine dans l'infection puerpérale.**

(*Bull. de la Soc. Obstét. et Gynéc.*, 1885.)

Cette note n'a d'autre objet que d'établir la différence qui existe, dans la pratique, entre l'administration du sulfate de quinine tout au début de l'infection ou dans la période d'état, — entre l'emploi de cet agent administré seul, comme par le passé, ou son administration appliquée concurremment avec les procédés d'antiseptie.

Lorsqu'on combine la méthode antiseptique locale avec un antithermique puissant, qui peut aussi être considéré comme un antitoxique interne, et cela dès le début de l'infection, on associe deux puissants moyens thérapeutiques. Il n'y a pas lieu, dans cette mesure, d'abandonner l'usage du sulfate de quinine, bien qu'il se soit montré inefficace alors qu'on faisait reposer sur lui seul tout l'espoir du succès thérapeutique et qu'on négligeait les moyens de désinfection, employés aujourd'hui.

**92. — Du traitement prolongé des accouchées.**

(*La Gynécologie*, 1897).

(*In Statistiques et Conférences d'Obstét.*, Paris, 1898.)

Des données fournies par l'examen des femmes sortantes, pratiqué dans le service d'accouchement de la Pitié, l'auteur a pu déduire sûrement qu'une notable proportion de ces accouchées présentait, vers le dixième jour, un état morbide réel, susceptible de persistance ou d'aggravation, vu les conditions sociales, le

genre de vie et le manque de soins après la sortie de l'hôpital. Cette proportion paraît être de 50 0/0.

Certaines affections contractées dans la période de parturition récidivent ou s'aggravent ultérieurement. L'auteur montre, statistique en main, que fort heureusement aussi les traitements fort simples agissent d'une façon efficace et rapide, dans un certain nombre de ces affections à condition d'être bâtivement et méthodiquement institués.

Plusieurs éventualités peuvent s'offrir :

Une accouchée peut présenter des signes d'infection pendant la période puerpérale. Grâce à un traitement bien approprié, les phénomènes morbides disparaissent. Mais il ne s'agit là que d'un répit. A l'occasion d'un événement prévu, tel que les règles, ou inattendu, tel que le froid, les fatigues, les traumatismes, on peut observer le réveil d'une métrite, d'une périmétrite. On voit même des complications éloignées (phlébite, lymphangite para-utérine, etc.) après le puerperium.

D'autres fois, il n'y a pas de symptômes d'infection pendant le puerpérium même ; les accidents n'apparaissent que tardivement.

D'autres fois enfin, les femmes s'infectent postérieurement à l'accouchement et au puerpérium parce que les organes (vagin, utérus) n'ont pas retrouvé leur intégrité absolue et présentent une réceptivité morbide, spéciale, dépendant, en réalité, de l'accouchement. Ce sont là des accideuts infectieux tardifs qu'il faudra traiter chez les accouchées.

Il faudra traiter de même l'endocervicite, l'ectropion, les déviations utérines et la hernie génitale commençante, la subinvolution utérine, enfin l'éventration utérine.

En traitant dans le post-partum les accouchées infectées, on évitera l'aggravation qui se montre d'ordinaire au moment du retour de couches. En soignant les déviations, les subinvolutions, on évite les prolapsus, les rétroversions qui ayant débuté pendant la phase obstétricale ne feront que s'accentuer à partir du moment où la femme rentrée chez elle, se livrera à ses occupations habituelles, sans nul souci des premiers symptômes qui révèlent le progrès de l'affection.

La cure d'une hernie génitale, débutant après l'accouchement, est d'autant plus aisée à obtenir avec des moyens fort simples que la malade est à une période plus rapprochée des couches. Les tissus, en effet, sont en pleine voie d'involution; ligaments, parois vaginales, muscles, utérus subissent un processus de rajeunissement capable de leur restituer leur tonicité et leur structure physiologique. Il suffira donc qu'un tuteur mécanique soit fourni à l'utérus pendant cette période pour empêcher l'organe de se placer dans une attitude vicieuse permanente. Le pessaire joue aussi le rôle d'un plancher artificiel. En relevant la matrice, on prévient de plus les congestions veineuses passives qui alourdissent les tissus. Le

pessaire, en tendant le cul-de-sac vaginal postérieur, libère de toute tension les ligaments utéro-sacrés et empêche ainsi la fatigue.

Le traitement de l'ectropion post-partum, compliqué ou non d'endocervicite, comporte, dans les formes légères, les attouchements à la créosote, à l'oleum juniperi, à la glycérine iodée à 1/10, après une irrigation intra-utérine chaude. Dans l'intervalle des pansements, on fait un tamponnement intra-utérin.

Dans les formes graves, on ouvre les kystes, on fait le hersage suivi ou précédé de la dilatation prolongée du col.

Contre les déviations et le prolapsus, l'auteur emploie le massage, l'électrothérapie, l'hydrothérapie, l'application d'un pessaire.

La subinvolution utérine réclame un traitement prolongé qui consiste dans l'emploi d'injections intra-utérines chaudes, du massage et du tamponnement vaginal aidés de l'hydrothérapie; contre l'éventration, on met en œuvre la contension mécanique au moyen de ceintures appropriées. Rarement, le traitement chirurgical est utile.

L'auteur résume son exposé statistique dans les conclusions suivantes :

Les accouchées non entièrement guéries qui sont soumises à un traitement rationnel et immédiat au sortir des maternités, guérissent avec une extrême facilité par des moyens relativement simples et faciles de la pratique médicale courante. Un petit nombre de cas seulement résistent à ce traitement et demandent une intervention chirurgicale.

Ces résultats heureux sont attribuables, pour les cas d'inflammation persistanto, post-infectieuse, à ce que les lésions sont encore localisées et superficielles et que le drainage utérin est assuré par le traitement, jusqu'au retour des règles, moment critique par excellence; pour les cas relevant du traumatisme obstétrical, à ce que le traitement est institué hâtivement pendant la période du travail d'involution, de suractivité trophique.

### 93. — Intoxication par le sublimé corrosif, en injections vaginales, après un accouchement difficile ayant occasionné une déchirure du vagin. — Mort le 8e jour.

*Pièces présentées à la Société Anatomique*, 1884. *Observation* in extenso *in Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1886, p. 200.

Primipare de 24 ans, travail long. Tentative d'application de forceps en ville; transport de la malade à la clinique d'accouchement. Le périnée est fortement entamé, déchirure vaginale sans communication avec le rectum. L'accouchement est terminé par le forceps. Suture immédiate du périnée. Injections quotidiennes de liqueur de Van Swieten, dans lo vagin et dans l'utérus, pendant les journée

des 14, 15 et 16 novembre. T. normale, pouls fréquent. Le 16 novembre, selles diarrhéiques, météorisation légère, et, le soir T. 38. La diarrhée persiste abondante durant les jours suivants, le pouls reste fréquent, le tympanisme augmente le 18, et la mort survient le 21, après des nausées persistantes et une débâcle intestinale incoercible. L'examen du bassin, par le toucher, n'a fait découvrir aucune lésion périutérine.

**Autopsie.** — *Abdomen* volumineux, distendu ; 100 grammes de sérosité louche dans le petit bassin. Péritoine viscéral, à peine vascularisé par places. *Intestin* distendu sans adhérences. *Rectum* et *colon* : ulcérations larges, profondes, atteignant la musculeuse, à bords nets, à fond rougeâtre. Entre les ulcérations, la muqueuse est grisâtre. La surface intestinale offre un aspect tigré caractéristique.

Le contenu intestinal, liquide est de couleur noirâtre. Nulle part il n'existe ni suppuration, ni traces d'inflammation dans le vagin, l'utérus, les trompes, les ovaires, le tissu pelvien. *Foie* légèrement gras. *Cerveau*, piqueté congestif. Aucun microbe dans les tissus. Ce sont là des lésions typiques de l'intoxication par le sublimé et identiques à celles qui ont été décrites, dans des circonstances analogues, par Lomer, Veit, Muller, Partridge, Netzel, etc.

Cette observation, la première publiée en France, est suivie d'une seconde, datant de mars 1886, dans laquelle l'intoxication amena seulement des accidents de stomatite ulcéreuse et de diarrhée qui disparurent avec la cessation de l'emploi de la liqueur Van Swieten.

### 94. — Recherches expérimentales sur l'intoxication par le sublimé corrosif, employé pour le lavage des muqueuses saines et des plaies.

(En collaboration avec L. Butte.)

(*Nouv. Arch. d'Obstét. et de Gynéc.*, 1886, p. 739.)

Les faits publiés antérieurement par l'auteur devaient motiver comme contrepartie les recherches précises de nature à confirmer ou à infirmer la conclusion qui découlait naturellement de l'observation clinique.

L'auteur a donc expérimenté la liqueur de Van Swieten en injections dans les cavités muqueuses et à la surface des plaies, chez les animaux.

Quinze expériences ont porté sur des chiennes, des lapines et des femelles de cobaye.

I. — *Lavage des muqueuses saines.*

Avec la solution de sublimé à 1/000.

Ces lavages pratiqués dans le vagin (un litre de solution), ont amené des vomissements alimentaires, de la diarrhée sanguinolente et de la fièvre. Une fois ces premiers accidents passés, la muqueuse paraissait épaissie, pâle et comme tannee; de sorte que les lavages subséquents n'amenaient plus d'accidents, l'absorption du poison ne se faisant plus.

II. — *Lavages des plaies.*

Des sections de la peau et des cavités muqueuses avec un décollement assez étendu ont été pratiquées de façon à réaliser un état comparable, comme facilité d'absorption, à celui des voies génitales dépourvues, en partie, de leur revêtement épithélial et criblées de solutions de continuité après l'accouchement. Des lavages au sublimé ont été pratiqués dans ces cavités ainsi ouvertes. Au bout de 48 heures, déjà les animaux succombaient et présentaient des lésions internes du colon : hyperémie desquamations, ulcérations, hémorragies intestinales. Les chiens ont mieux résisté que les rongeurs.

Voici les conclusions expérimentales de ce travail :

1° La pratique qui consiste à faire des irrigations de sublimé sur les muqueuses saines ne paraît pas présenter de danger et, à part quelques légers accidents produits à la suite de la première injection, on peut la considérer comme à peu près inoffensive.

2° Le sublimé, employé pour le lavage de vastes plaies, produit de la diarrhée sanguinolente avec ténesme, des vomissements, de l'albuminurie, un affaiblissement progressif et souvent la mort, précédée parfois d'un abaissement considérable de la température.

3° Les lésions anatomiques constatées à l'autopsie siègent surtout sur le gros intestin et sur les reins. Le gros intestin est hyperémié, il présente des hémorrhagies sous-muqueuses, parfois des nécroses de la muqueuse. Ces altérations sont identiques à celles signalées par Prévost et plus récemment par Charrin et Roger. Les reins sont le siège d'une néphrite parenchymateuse aiguë, et les tubes droits de la substance corticale sont remplis, chez les rongeurs au moins, d'abondants dépôts calcaires.

4° L'excès d'urée dans le sang, signe d'insuffisance rénale, montre que c'est à la lésion du rein qu'il faut attribuer le plus grand rôle, dans les cas de terminaison fatale survenant un certain nombre de jours après les irrigations.

5° Il est indispensable de porter une attention sévère sur l'état des organes génitaux soumis à l'irrigation. Dans la plupart des cas de mort par le sublimé, signalés chez des femmes dans la période des suites de couches, il existait des plaies profondes et des lacérations étendues du col et du vagin. Le sublimé doit être rejeté dans ces cas.

L'abaissement de la température est un bon signe de l'intoxication. Il est

d'autant plus significatif et plus utile qu'il se produit d'une façon graduelle et progressive.

7° L'examen quotidien de l'urine est indispensable, chaque fois qu'on use du sublimé en lavages : l'albuminurie, qui est précoce, est un bon signe de l'absorption du sublimé ; il en est de même de la coloration jaune que donne l'urine lorsqu'on la chauffe avec la liqueur de Fehling.

8° L'analyse comparative du sang peut fournir la notion de l'insuffisance rénale et de l'accumulation de l'urée dans le sang, signe grave indiquant, dans le rein, des désordres souvent irréparables.

### 95. — Emploi du sulfate de cuivre en Obstétrique.

(1882-1883).

L'idée de l'emploi de cet antiseptique en injections *post partum*, pour remplacer les agents toxiques, appartient à l'auteur, ainsi qu'en témoigne la thèse du Dr Marry (1883). Dans des expériences de laboratoire, son action puissante contre les germes, a été démontrée ; et son innocuité pour les accouchées résulte de l'usage qui en a été fait à la Clinique d'accouchements de la Faculté.

### 96. — Le sublimé en Obstétrique.

(*Rép. Univer. d'Obstét. et de Gynéc*, avril 1888.)

Les agents médicamenteux toxiques présentent, à côté d'avantages précieux, des inconvénients et des dangers.

L'antisepsie obstétricale a fait ses preuves ; ses bienfaits sont incontestables. Les agents antiseptiques bons à employer et réellement efficaces, sont nombreux. Tous ne sont pas également dépourvus de nocivité. Le sublimé corrosif est un de ceux-là ; les faits l'ont prouvé.

Le danger commence avec l'usage immodéré de cet agent, et s'accentue avec l'*excès* de son emploi. Il convient donc d'être exactement renseigné sur la possibilité des accidents, de connaître les symptômes de l'intoxication au début, de surveiller l'emploi du médicament et d'en restreindre l'usage à des personnes soigneuses, exercées et compétentes. Avec une surveillance attentive, il est possible de confier le sublimé aux sages-femmes, tout en les éclairant sur les dangers d'intoxication, et en réduisant les doses de cet agent antiseptique.

Un principe nouveau s'est introduit en chirurgie : c'est que là où l'asepsie peut être suffisante, l'antisepsie n'a pas lieu d'être employée. Ce même principe

ne peut être appliqué rigoureusement à l'obstétrique; néanmoins, il est avéré que beaucoup de femmes n'exigent que la protection aseptique et non l'antisepsie. Il importe donc d'apporter une juste mesure dans l'antisepsie faite avec des agents toxiques comme le sublimé; de ne la mettre en œuvre que durant la période dangereuse de l'accouchement et de la restreindre ou de la supprimer dès que la désinfection des voies génitales paraît assurée.

L'antisepsie avec le sublimé doit être d'autant plus parcimonieuse qu'il existe des lésions organiques des reins et du foie. Il est alors indiqué de s'adresser à des agents non toxiques.

**97. — Ostéophytes craniens trouvés à l'autopsie d'une femme morte à la suite de couches avec des symptômes convulsifs et tétaniques.**

(*Bull. Soc. Anat.* février 1883.)

(In extenso in thèse d'Aubiban).

Il s'agit d'une primipare âgée de 18 ans qui accoucha à terme en janvier 1883 à la clinique d'accouchements. Quatre jours après l'accouchement, début d'une pelvi-péritonite, avec tous les symptômes classiques. Huit jours après le début de la pelvi-péritonite, apparition de symptômes nerveux graves caractérisés par une contracture tétaniforme des quatre membres, des muscles postérieurs du tronc et de la nuque, sous forme de crises paroxystiques entrecoupées de longues rémissions. Hyperesthésie cutanée — prostration — contracture des pupilles. Incontinence des matières fécales et de l'urine.

Après une série d'améliorations et d'exacerbations, la malade reste dans le côma pendant deux jours — nouvelle crise de contracture généralisée — opistbotonos véritable, avec trismus, suivie d'une nouvelle période cômateuse. La malade meurt le 21e jour après le début des accidents.

L'autopsie montra les lésions de la péritonite, la muqueuse utérine gangrénée, les reins ramollis, le cœur graisseux. A l'ouverture de la boîte cranienne, l'auteur constata que la calotte adhérait solidement à la dure-mère. Deux larges plaques osseuses occupaient la zone antéro-latérale des hémisphères cérébraux. Ces plaques épaisses, rugueuses étaient étroitement unies à la dure-mère, présentant une forme régulièrement elliptique, allongée d'avant en arrière, de chaque côté du sinus longitudinal supérieur. Le développement de ces ostéophytes correspondait à la zone motrice corticale. Ils n'en existait pas d'autres à la surface externe de la dure-mère; mais, en examinant la surface interne de la calotte osseuse, l'auteur en découvrit de nouvelles disséminées dans les zones postérieures.

**98. — Plaques calcaires de la réginn occipitale de l'hémisphère droit, chez une femme morte avec les symptômes de la manie puerpérale. — Étude histolngique.**

(*Bull. Soc. Anatom.* février 1883.)

(In extenso dans la thèse d'Aubiban 1883).

Il s'agit d'une primipare âgée de 34 ans qui est entrée en février 1883 à la clinique d'accouchements. D'une bonne santé habituelle, la malade est en proie à des préoccupations continuelles, craintes imaginaires, appréhension sur l'issue de l'accouchement. L'accouchement s'effectue dans de bonnes conditions. Le lendemain de l'accouchement, céphalalgie intense. Tremblement suivi de fièvre. Délire loquace, qui persiste pendant quelques jours, interrompu par des périodes de calme relatif. C'est de la manie véritable, avec une lucidité parfaite en apparence, une sorte de logique dans les idées, mais une incohérence réelle dans leur association. Le délire augmente d'intensité, la malade se lève, cherche à s'enfuir, rentre dans une période cômateuse de courte durée suivie de la mort.

A l'autopsie, on constate un épanchement intra-péritonéal de petit volume. Les autres organes sont diversement altérés. L'examen de l'encéphale montre les méninges épaisses et opaques dans la région correspondant à la base du cervelet. Sur toute la région sphénoïdale de l'hémisphère droit du cerveau, on constate une sorte de plaque dure, transparente, osseuse, lamellaire, lisse à sa partie externe et composée de minces écailles désunies, adhérentes à la substance cérébrale. Ces écailles sont irrégulières, pénètrent dans les sillons, en se moulant sur les faces opposées des circonvolutions et sur le fond des dépressions qui séparent les plis.

Ces productions osseuses n'avaient pas leur point de départ au niveau de la dure-mère.

L'examen histologique montra à l'auteur que le tissu était constitué par de l'os ordinaire. C'est au milieu des vaisseaux de la dure-mère que s'est faite l'hypergenèse des éléments parasitaires venus de l'os voisin et tombés, pour ainsi dire, au sein des meninges molles où ils se sont multipliés et étendus dans les sillons encéphaliques, s'incrustant parfois dans la substance cérébrale elle-méme.

**99. — Thrombus de la vulve du vagin.**

(*Nouv. D*[re] *de Méd. et de Chir. prat.*)

Après quelques considérations générales, l'auteur établit, d'après le siège anatomique, trois variétés :

1° Le thrombus vulvaire ou thrombus des grandes lèvres ;

2° Le thrombus du vagin ou péri-vaginal;

3° Le thrombus pelvi-abdominal ou thrombus profond.

Au point de vue étiologique, on peut observer : 1° le thrombus spontané ou non traumatique; 2° le thrombus traumatique; 3° le thrombus produit par le travail de l'accouchement.

Au point de vue clinique il admet : 1° le thrombus chez la femme non enceinte; 2° thrombus pendant la grossesse; 3° thrombus de l'accouchement.

L'auteur fait ensuite l'historique de la question et cite plusieurs auteurs qui se sont déjà occupés de ce sujet. Il montre, par quelques chiffres, la rareté du thrombus. Il étudie ensuite l'étiologie, passant en revue les causes prédisposantes générales qui sont les mêmes que celles de tout hématome. Les causes prédisposantes locales doivent être recherchées dans l'état des vaisseaux. Les varices prédisposent au thrombus.

Certaines circonstances sont de nature à agir sur le système circulatoire pelvien de la femme enceinte et indirectement à favoriser la production du thrombus. Telles sont la grossesse double et l'hydramnios, la primiparité, les contractions indolores de la dernière période de la gestation, les efforts du travail, les convulsions, le volume exagéré de la tête fœtale, sa situation oblique.

Examinant ensuite l'état des tissus, l'auteur montre que l'œdème des parties génitales externes peut précéder la formation du thrombus; — celui-ci peut être favorisé par l'étroitesse du vagin et la difficulté consécutive de l'expulsion du fœtus. La rotation lente et difficile de la tête, dans les positions occipito-pubiennes, n'est pas non plus indifférente à la production du thrombus.

Les causes déterminantes comprennent, en dehors de la grossesse, toutes les variétés de traumatisme local : chute sur la vulve, coups, etc.

Pendant la grossesse, de moindres efforts suffisent — le thrombus peut être déterminé par le coït; — il peut aussi être spontané.

Pendant l'accouchement, le thrombus reconnaît pour cause la rupture d'une grosse veine ou celle d'une infinité de petits vaisseaux comme dans la distension exagérée du vagin. La rupture des gros vaisseaux se fait par écrasement et éclatement.

Au point de vue anatomo-pathologique, l'auteur admet trois variétés : thrombus de la vulve, du vagin, des parties pelviennes profondes. Il préfère cette division à celle de Laborie qui décrivait l'épanchement périnéal, sus-périnéal et dans l'épaisseur de la paroi vaginale.

Au point de vue symptomatologique, en dehors de la gestation et pendant la grossesse, le thrombus succède rapidement au traumatisme qui l'a produit. Pendant le travail, c'est lorsque la tête fœtale a franchi l'orifice, que la tumeur sanguine apparaît le plus fréquemment; quelquefois, ce n'est qu'après l'extraction du délivre ou même le lendemain de l'accouchement.

Les symptômes liés à la présence de l'hémorrhagie sont : la douleur, l'angoisse, l'effroi que ressentent les malades, associés aux signes ordinaires de l'hémorrhagie.

Les symptômes en relation avec l'existence de la tumeur sont : le ténesme avec dysurie, les douleurs de compression.

Les signes objectifs sont : l'ecchymose précoce vulvaire, vaginale ou tardive dans le cas de thrombus pelvien.

La consistance du thrombus est élastique, rénitente, parfois fluctuante.

Le diagnostic est en général facile.

Diverses complications de nature infectieuse peuvent survenir, trouvant leur explication dans le voisinage du rectum, de la vessie, l'existence d'une plaie, l'état puerpéral. La rupture, la gangrène, la péritonite sont à redouter. Enfin le thrombus peut s'enkyster.

Le pronostic tire sa gravité de la possibilité de l'infection.

Le traitement sera variable suivant les cas. Pendant le travail, attendre et surveiller; et, quand la tumeur s'oppose à l'expulsion du fœtus, l'ouvrir et terminer rapidement l'accouchement si le fœtus souffre. Après le travail, favoriser les modes de terminaison spontanée, précautions antiseptiques.

Pendant la grossesse, il faudra s'occuper, avant tout, de l'état de la mère.

### 100. — Traitement et restauration du col de l'utérus pendant la grossesse.

Congrès de Washington, 1887.

(*Nouv. Archives d'Obstét. et de Gynéc.*, 1887.)

I. — L'auteur envisage les inconvénients et les dangers que font courir à la grossesse, les déchirures profondes du col, non réparées.

Ces déchirures, à la longue, s'accompagnent de lésions cervicales chroniques qui gênent la fécondation. Celle-ci, toutefois, est possible exceptionnellement.

Elles coexistent souvent avec des déviations de la matrice, avec des lésions annexielles ou para-annexielles.

Elles suppriment, en totalité ou en partie, la résistance de l'orifice interne du col dont le sphincter a été lacéré.

La grossesse ayant débuté, les lésions inflammatoires du col utérin s'aggravent; des douleurs apparaissent parfois très intenses, avec propagation aux annexes ou au parametrium. On observe souvent, dans ces cas, des *grossesses douloureuses*. L'avortement a été observé dans de telles conditions. L'auteur cite, entr'autres, deux observations très probantes.

II. — Le col utérin ainsi affecté réclame, dès le début de la gestation, une thérapeutique prudente, mais efficace.

Les lésions légères sont passibles d'un traitement bénin qui fait disparaître l'ectropion et ses conséquences ; leucorrhée abondante, septique, douleur locale et irradiée, épreintes utérines. Les folliculites cervicales, les végétations fongueuses doivent être traitées par la ponction et les topiques antiseptiques.

Les lésions graves, capables de compromettre la marche normale de la gestation, comme les déchirures profondes, avec leur cortège habituel de processus pathologiques et de symptômes anormaux, peuvent réclamer une intervention chirurgicale.

Les opérations sur l'utérus gravide, autrefois très redoutées des chirurgiens, sont aujourd'hui pratiquées le plus souvent avec succès et sans danger pour l'évolution ultérieure de la grossesse.

L'opération d'Emmet ou *trachélorrhaphie* peut être opposée avec avantage aux accidents et aux menaces d'avortement entretenus par le col utérin profondément lacéré, enflammé, douloureux et héant.

L'auteur l'a entreprise heureusement dans un cas, dont il fournit l'observation circonstanciée.

Un cas analogue a été opéré par Vulliet, de Genève, avec le même résultat.

L'opération d'Emmet a pu être effectuée sans provoquer l'hémorrhagie, qu'on aurait pu craindre, sans éveiller la susceptibilité réflexe de l'utérus. Le col a été régulièrement reconstitué dans toute son étendue. La grossesse a évolué normalement, et l'accouchement a eu lieu à terme sans difficultés.

Cette thérapeutique tout exceptionnelle ne doit être appliquée qu'avec réserve et discernement, aux cas rares où le danger d'avortement paraît assez évident, du fait de la lésion, pour autoriser une intervention chirurgicale.

**101. — Opération d'Emmet ; sept cas de trachélorrhaphie pour déchirure du col de l'utérus.**

(*Bull. Soc. Obstét. et Gynéc.* 1885.)

L'auteur donne les résultats qu'il a obtenus dans sept cas, par l'opération d'Emmet. Les indications étaient : lacérations doubles et profondes du col utérin, cicatrices douloureuses, muqueuse bourgeonnante et turgide, tiraillements douloureux, leucorrhée, pus. Il y a eu six succès parfaits et un échec partiel. Dans le dernier cas, il s'agissait d'une jeune personne strumeuse. On a eu recours, en fin de cause, à la cautérisation avec le thermocautère. Au bout de trois mois, on réussit à lui refaire un col. L'opération est simple, dépourvue de dangers.

**102. — Rupture de l'utérus survenue pendant le travail, et ayant donné lieu à une hémorrhagie interne considérable.**

(*Soc. anat.*, juillet, 1879.)

**103. — Rupture utérine suivie de guérison.**

(*Ann. de Gynéc.* 1884.)

Ce mémoire accompagné d'une figure, prend texte d'un cas observé par l'auteur, dont la relation est exposée très en détail.

Le fait est typique : Multipare, bassin rachitique, abdomen pendulum, présentation de l'épaule négligée, rupture de l'utérus, au cours de l'engagement forcé du fœtus, par suite de manœuvres réitérées, pendant une heure, par un médecin ou une sage-femme.

Celle-ci avait imprudemment rompu la poche des eaux prématurément. Les tentatives de version ne furent essayées que sept heures plus tard. Symptômes classiques de la rupture utérine complète. La tête fœtale est passée par la brèche, jusque dans la cavité abdominale.

Hémorrhagie abondante, péritonisme, prostration.

Version par les voies naturelles. Broiement de la tête dernière avec le céphalotribe.

Désinfection. Suites marquées par des péripéties peu inquiétantes ; antisepsie locale soutenue ; finalement guérison.

La femme qui est sous le coup d'une rupture utérine court trois grands risques immédiats, dont chacun peut conduire à la terminaison fœtale : 1° *le choc traumatique* ; 2° *l'hémorrhagie* ; 3° *l'infection septique.* — Le choc peut tuer indépendamment de l'hémorrhagie, témoin un cas récemment observé par l'auteur dans lequel la perte de sang avait été insignifiante. A la brutalité du traumatisme s'ajoute dans ces cas, l'épuisement par un travail prolongé et douloureux. L'hémorrhagie peut tuer également, mais cela est plus rare qu'on ne croit. Il suffit de compulser les observations publiées. L'hémostase spontanée se fait assez facilement.

Reste le principal danger : la septicémie. Contre celle-ci, il n'y a que l'emploi des méthodes antiseptiques locales, parfois impuissantes lorsque l'infection s'est propagée au péritoine. Le drainage du cul-de-sac de Douglas n'est pas nécessaire si l'infection est localisée au bassin ; il est insuffisant si elle a pénétré plus loin. La laparotomie est un moyen héroïque. Les statistiques montrent que l'extraction hâtive du fœtus, lorsqu'elle est possible par les voies naturelles, suivie d'une désinfection rigoureuse, a donné souvent de bons résultats.

**104. — Rupture utérine survenue pendant le travail.**

(*Bull. de la Soc. Obstét. et Gynéc.*, 1886, p. 33.)

La rupture était accomplie et l'enfant en partie passé dans la cavité péritonéale quand la femme fut amenée à l'hôpital. Se souvenant d'un cas du même genre, observé par lui à la clinique d'accouchements, qui s'était spontanément terminé d'une façon favorable, l'auteur acheva l'accouchement par les voies naturelles et laissa un gros drain en croix dans le cul-de-sac vésico-utérin. Néanmoins le 2e jour, la laparotomie devint nécessaire : la plaie et le ligament large déchiré furent suturés avec toutes les précautions nécessaires. La malade succomba quelques heures après cette intervention, certainement décidée trop tardivement.

Le ligament large droit était entièrement détruit et le gauche en grande partie déchiré : cette constatation a fait moins regretter la résolution adoptée d'abord de préférence à la laparotomie immédiate et à l'opération de Porro. C'est ce dernier parti qu'il faudrait choisir en pareil cas; mais ici les dégâts étaient trop considérables pour que l'on pût espérer réaliser un pédicule solide.

*N. B.* — Avec les progrès actuels de la chirurgie, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer l'hystérectomie totale par l'abdomen, qui permettrait de faire la désinfection et le drainage parfaits de la cavité péritonéale, tout en assurant parfaitement l'hémostase.

**105. — Cachexie scorbutique. — Rupture utérine. — Arrachement du col. — Thrombus sous-péritonéal suivi d'hémorrhagie intra-péritonéale. — Mort le quatrième jour.**

(*Soc. Obstét. et Gynéc. de Paris*, 1896.)

Femme de 32 ans, alcoolique, épuisée; trois grossesses antérieures, symptômes de prolapsus utérin. Elle est atteinte depuis trois ans d'une gingivite gangréneuse d'aspect scorbutique, avec saignements fréquents; ecchymoses sous-muqueuses à la base des gencives, taches ecchmotiques sous la lèvre supérieure, — dents longues et déchaussées, — hémorrhagie. Au cours du travail, on constate du tétanisme utérin et des saillies fœtales qui paraissent être directement situées sous la peau de l'abdomen. Extraction, faite par le siège, d'un enfant en état de mort apparente, non ranimé. Au cours de l'extraction, le col utérin apparaît à la vulve, œdématié épais. L'état général est déprimé, la température basse, 36° en moyenne ; vomissements et diarrhée noirâtre et sanguinolente. Mort sans septicémie ni phénomènes abdominaux; ventre plat et indolore jusqu'au dernier moment.

L'autopsie a montré une rupture antérieure du segment inférieur, en forme de L., qui a dû se produire par un processus lent. Ectasie énorme des veines du bassin, hémorrhagie intrapéritonéale et interstitielle, dans l'épaisseur du ligament large. Isthme utérin très aminci, musculature altérée. Foie énorme 2.200 gr. Ecchymoses sous la muqueuse de l'estomac et de l'intestin qui contiennent une bouillie noirâtre.

Cette observation est surtout intéressante par l'origine du traumatisme qui procédait d'une altération cachectique des tissus ; ensuite par l'évolution presque latente des phénomènes, l'absence de choc et des signes, habituellement dramatiques, de la rupture de l'utérus, remplacés ici par un affaiblissement lent et un état de dépression qui a abouti progressivement à la mort.

**106.— Périnéorrhaphie immédiate après l'accouchement, au moyen des sutures continues dites en surjet et en spirale, avec les fils de catgut résorbables.**

(*Bull. Soc. Obstét.*, 8 janvier 1885.)

Ce travail tend à remettre en honneur une manière de faire autrefois discutée et finalement tombée en discrédit. La discussion qui suivit sa publication témoigne de la crainte qu'inspirait alors la restauration immédiate du périnée déchiré.

Dans ce mémoire, l'auteur fait connaître, pour la première fois en France, le procédé de *suture continue en surjet* devenu aujourd'hui classique, notamment pour la suture des parois abdominales, selon la méthode préconisée par Billroth. La suture perdue, au catgut aseptique, venait d'être utilisée avec profit en Allemagne par Schrœder, grâce à la parfaite désinfection de cette substance imaginée par Bröse, lorsque l'auteur en fit, le premier, l'application à la périnéorrhaphie immédiate. L'emploi des fils de catgut souples et rendus aseptiques par l'essence de génevrier était également une innovation.

Les insuccès survenus au début, avec l'emploi du catgut, et qui faillirent alors le faire rejeter de la pratique chirurgicale, étaient dus à sa préparation défectueuse.

Il s'agissait en outre, de trancher la question de l'intervention immédiate dans la déchirure incomplète ou complète du périnée. Ce mémoire en discute minutieusement les avantages, et montre que les objections d'autrefois tombent devant les succès obtenus avec l'antisepsie. Cette opération néanmoins rencontra une opposition très vive.

L'opinion des chirurgiens est revenue aujourd'hui à la règle de conduite invariable que l'auteur préconisait dès cette époque; le dissentiment tenait

d'ailleurs uniquement au souvenir des nombreux échecs éprouvés pendant la période chirurgicale préaseptique

Dans le cours de ce travail, accompagné de 4 figures, l'auteur fait connaître la technique de la suture continue, à deux ou plusieurs plans ou étages, dont la supériorité réelle consiste dans l'affrontement exact et parfait des tissus profonds déchirés irrégulièrement, — dans le rapprochement immédiat des surfaces musculaires rompues et la suppression des fils extérieurs qui sectionnent les tissus, qui sont douloureux et qu'il faut enlever plus tard. Il rapporte 20 observations de cas opérés avec succès à la clinique d'accouchements et de gynécologie de la Faculté.

Aujourd'hui que la réparation immédiate du périnée déchiré est entrée dans la pratique, bien que la suture simple au moyen de crins de Florence soit largement répandue, la suture continue au catgut reste un procédé excellent, dans le cas de traumatismes irréguliers et profonds rendant l'affrontement difficile. Elle n'exige point la chloroformisation, l'acte opératoire portant directement sur des surfaces privées momentanément d'une grande part de leur sensibilité.

Ce mémoire a été l'origine de travaux et de thèses où le procédé est défendu au moyen de faits nouveaux et très nombreux, (G. Sarraute, Latouche, etc.)

**107. — Procédé nouveau de colpo-périnéorraphie, dans les déchirures complètes du périnée et de la cloison recto-vaginale.**

(*Bull. de la Soc. Obstét.* 1891, p. 141.) Mémoire accompagné de 9 figures.

Ce procédé, qui a été imaginé par l'auteur pour un cas particulièrement défavorable, dans lequel une première intervention avait été tentée, avec aggravation de la perte de substance, consiste principalement dans la modification du premier temps de l'opération ordinaire. Il consiste à tracer, sur la cloison recto-vaginale, une incision très superficielle bornant la solution de continuité à un demi-centimètre environ ; puis à décoller ces deux lambeaux de muqueuse qui sont ensuite renversés vers le rectum et affrontés par une suture continue en surjet. La réunion des deux bords de l'incision, du côté du vagin, a été faite ensuite, et l'opération a été achevée suivant le procédé ordinaire.

L'avantage de ce procédé est de fournir la substance d'une nouvelle cloison recto-vaginale. Au résumé, on obtient ainsi deux *raphés*, l'un rectal, l'autre vaginal, placés dos à dos.

Le résultat fonctionnel a été excellent. L'auteur n'a pas voulu entreprendre la réfection du sphincter anal, qu'il considère comme chimérique quand les deux bouts du muscle ont été altérés par la cicatrisation après suppuration.

**108 — Rupture du sinus rétro-périnéal et perforation recto-vaginale, au cours du travail.**

(*La Gynécologie*, 1877, p. 135, 2 figures.)

L'auteur rapporte l'observation d'une malade âgée de 20 ans qui est entrée dans son service au mois de février 1897. Il s'agit d'une femme délicate, et débile, offrant des signes incontestables de chloro-tuberculose, et essentiellement nerveuse, qui à la suite d'un accouchement terminé par le forceps, présenta une déchirure recto-vaginale ayant nécessité une restauration complète du périnée.

Deux grandes causes doivent entrer en ligne de compte dans l'interprétation de l'origine de la fistule. D'une part, l'état nerveux de la malade et le vaginisme opposant un obstacle infranchissable au passage de la tête fœtale; d'autre part, la mauvaise qualité des tissus en cause.

L'auteur appelle l'attention sur l'existence, en arrière des dernières couches musculaires du périnée, entre le transverse profond et le releveur de l'anus, d'un espace restreint, dépourvu de fibres musculaires, constitué uniquement par l'adossement des cloisons rectale et vaginale et dans lequel la tête fœtale peut venir s'arrêter. Cet espace correspond en arrière à la partie la plus saillante de l'ampoule rectale Il propose de le désigner sous le nom de *sinus rétro-périnéal.* Il peut devenir le point de départ d'une variété spéciale de rupture profonde du périnée, différente des ruptures centrales par ce fait que le rectum peut être largement intéressé comme dans le cas actuel.

D'autres auteurs ont observé des lésions semblables parfois plus accentuées. Dans nombre de cas, le vaginisme a été incriminé. Parmi ces auteurs citons Velpeau, Jacquemier, Mietshertschiantz, Florinsky, Parvin, Budin, Piering, Duncan.

**109. — Suture en échelle ou en claie à points séparés dans un cas de large fistule uréthro-vésico-vaginale opérée en un temps.**

(*Soc. Obstét. et Gynéc.*, 1888).

Il s'agit d'une malade âgée de 37 ans, qui à la suite d'un accouchement très laborieux, présenta une fistule vésico-vaginale de très grandes dimensions, mesurant 5 centimètres de longueur sur 4 de large.

L'auteur adopte un plan opératoire spécial. Après avoir circonscrit au bistouri les bords de la fistule, il pratiqua une série de 10 points de suture trans-

versaux. Pour éviter que les fils ne coupent les tissus vers la partie médiane de la ligne de suture, et afin de fournir aux points de suture transversaux un appui solide, il pratiqua une série de points verticaux assez courts, comprenant un centimètre de tissu environ, et placés de telle façon que l'anse de ces points pénétrait dans l'anse du point horizontal correspondant. La description de ce procédé est accompagnée de deux figures. Les suites opératoires furent excellentes et la guérison parfaite.

Le procédé est applicable aux fistules avec très larges pertes de substance

**110. — De l'éventration consécutive à la grossesse. — Son traitement médical et chirurgical.**

(*La Gynécologie*, 1897, p. 399, texte 14 pages, 3 figures.)

L'éventration consécutive à la grossesse se distingue des autres variétés d'éventration de nature herniaire. Elle résulte uniquement du relâchement et de l'amincissement des diverses couches pariétales de l'abdomen. L'éventration *post-partum* reflète, dans les altérations persistantes des tissus après l'accouchement, les transformations qu'ils ont subies au cours de la gestation et qui, dans la succession physiologique des phénomènes, devraient disparaître peu à peu après l'accouchement. Le même genre de lésions existe dans l'éventration causée par le développement d'une tumeur volumineuse de l'abdomen, mais avec cette différence cependant que, durant la grossesse, les tissus s'hypertrophient proportionnellement à l'effort subi, ce qui est une condition favorable à la *restitutio ad integram* pendant les suites de couches. Il faudra donc l'intervention de causes spéciales pour que l'éventration reste à l'état définitif.

Pendant la grossesse, on est frappé de la ténuité extrême de la paroi abdominale qui coïncide certaines fois avec la minceur de la paroi utérine, phénomènes d'origine identique le plus souvent et tenant à la débilité constitutionnelle des tissus.

Après la grossesse et, en tout cas, immédiatement après l'accouchement, il existe un certain degré d'éventration qu'on peut aisément reconnaître.

L'auteur a eu l'occasion d'observer dans son service de la Pitié une femme qui en était à sa dixième grossesse. Difforme et de petite taille, elle présentait, pendant les dernières semaines, un type d'*abdomen pendulum* des plus marqués. Chez elle, l'éventration générale se compliquait d'un élargissement circulaire énorme de la région ombilicale. Comme cette femme était affectée d'un catarrhe bronchique rebelle, qu'elle toussait très fréquemment, on voyait à chaque secousse de toux une énorme saillie cylindro-conique, poussée comme par un ressort, se former tout d'un coup à la surface de son abdomen déjà fort distendu et dispa-

raître après la quinte : c'était là une éventration excessive qui s'était compliquée à la longue d'un écartement considérable du trajet ombilical.

Après son accouchement, elle conservait une paroi abdominale extraordinairement relâchée et flottante qui descendait sur les cuisses.

A côté de ces formes extrêmes, il en est d'à peine apparentes. Le plus souvent l'éventration retrocède et disparaît rapidement après les couches. La paroi revient à ses dimensions primitives, subissant un phénomène d'involution analogue à celui qui se produit pour l'utérus. Souvent, chez la plupart des multipares, ce résultat n'est atteint entièrement qu'au bout d'un temps assez long : plusieurs semaines, plusieurs mois. Encore faut-il user de précautions et ne point négliger certaines pratiques qui de tout temps ont été préconisées en vue de s'opposer à l'éventration : bandages, ceintures, compression.

Parfois la disparition de la difformité n'est effectuée qu'en apparence et, après un grand nombre de recherches, l'auteur a été conduit aux conclusions suivantes : le ventre est resté gros, la paroi abdominale relâchée, mais le tégument et le tissu cellulaire sous-cutané au lieu de glisser et de se plisser sur les couches musculo-aponévrotiques, se sont épaissis, renforcés et font corps avec ces couches. L'hyperplasie adipeuse vient masquer en partie l'éventration et c'est grâce à cet artifice, véritable capitonnage graisseux de la paroi abdominale, que celle-ci, étant plus épaisse et plus dense, résiste suffisamment à la pression des viscères. Si on a l'occasion d'observer *post mortem* ou *in vivo* l'état des parois abdominales, on trouve les espaces fibreux anormalement agrandis. Il s'agit toutefois d'une légère difformité dont les conséquences sont habituellement sans influence sur la santé générale et sur le fonctionnement physiologique des organes.

Pour expliquer la différence du degré de la lésion chez les différents sujets, il faut tenir compte de la résistance individuelle, du tonus général et même des conditions sociales.

L'étiologie de l'éventration ressortit à deux grandes catégories de causes : les grossesses répétées, les grossesses gémellaires, l'hydramnios, les tumeurs compliquant la grossesse, les vices de conformation du bassin. Une cause plus rare est la striction excessive exercée au moyen du corset en vue de diminuer la grossesse.

L'auteur rappelle l'observation d'une malade qu'il a observée et opérée à la Pitié en 1895. L'éventration avait été préparée chez elle de longue date. Fille de tuberculeux et d'épileptique, sans avoir jamais fait de grande maladie, elle a toujours été débile. Pendant sa grossesse, et pour la cacher, la malade se comprima fortement la taille, ajoutant ainsi volontairement un obstacle au libre développement des organes de l'abdomen.

En même temps que l'éventration, on peut noter du prolapsus utérin, une laxité anormale des ligaments utérins.

Avant d'intervenir d'une façon chirurgicale, l'auteur expose les diverses méthodes thérapeutiques qu'il faudra appliquer : repos absolu dans le décubitus horizontal, administration des toniques, hydrothérapie, contention modérée par une ceinture large, interdiction absolue de l'emploi du corset, gymnastique appropriée pour permettre aux muscles droits et obliques de se refaire et de récupérer assez de puissance pour amener une guérison à peu près parfaite, traitement électrique.

L'intervention chirurgicale comprend l'incision médiane sur toute l'étendue de la résection qu'on se propose de pratiquer, résection intégrale de la ligne blanche, ouverture de la gaine des droits, résection oblique de la peau, affrontement, triple étage de sutures au catgut.

### 111. — De l'avortement brusqué.

Il s'agit d'une méthode nouvelle pour provoquer l'avortement rapide avec un minimum d'hémorrhagie, dans les cas qui réclament soit la prompte évacuation du contenu utérin, soit l'économie du sang chez les sujets trop affaiblis.

Cette méthode est réalisable par deux procédés : le procédé sanglant qui réclame la large discission bilatérale du col, lorsque cet organe est intact et résistant; le procédé de la dilatation progressive par les sondes graduées lorsque le col est suffisamment souple et dilatable.

L'évacuation de l'utérus, se fait, dans les deux cas, par le curettage, au moyen de l'écouvillon, des pinces et de larges curettes appropriées.

L'avortement brusqué répond à des indications bien spécifiées en obstétrique et visant la provocation de l'avortement en vue de mettre fin à un danger grave pour la vie de la mère. Il remplace avantageusement l'emploi des tentes, des ballons, des bougies à demeure, des douches cervicales, etc. Il se fait en un seul temps et ne nécessite pas l'anesthésie chloroformique.

### 112. — Avortement prnvnqué rapide ou brusqué, par le curetage. pnur une affectinn cardiaque grave.

(*Communication à la Soc. Obstét. et Gynéc.*, 1892.)

L'auteur rapporte l'nbservation d'une malade de 25 ans, de santé délicate, présentant depuis l'enfance les signes d'une affectinn cardiaque compliquée, depuis trois ans, d'insuffisance aortique. Hypertrophie du cœur, battements de la pointe en dehors de la ligne mamelnnnaire dans le 7e espace intercostal, souffle intense diastolique à la base. Pouls bondissant à 90, 100 par minute.

Les dernières règles se sont montrées le 4 novembre. Pendant le mois de décembre, nausées de plus en plus pénibles, vertiges, défaillances. Palpitations. Douleurs précordiales.

Le 31 décembre, l'avortement est décidé. Après avoir fait, pendant quelques jours, l'antisepsie du vagin au moyen d'injections de sublimé, une laminaire est placée dans le col le 4 janvier, une deuxième le lendemain. Le 6 janvier, curettage sans chloroformisation, avulsion de l'œuf. La poche amniotique est ouverte par la curette. L'embryon est extrait en deux tronçons. Injection intra-utérine. Tamponnement du vagin, suites opératoires excellentes. État général et local parfaits le 28 janvier (3 semaines après l'opération).

Dans ce cas, les risques de l'avortement ont été réduits au minimum : hémorrhagie limitée, antisepsie rigoureuse, expulsion rapide.

**113. — Avortement brusqué dans un cas d'hémorrhagie grave due au décollement placentaire, au cours d'une couche prolongée. Discission large du col utérin.**

(*Nouvelles archives d'Obstét. et de Gynéc.*, février 1895.)

Le décollement du placenta s'est fait lentement et par étapes, comme s'il s'agissait d'un placenta prœvia, sans qu'aucune modification survînt dans l'état de l'utérus. Aucune contraction du corps utérin, aucun changemeut du col ne se sont produits. L'œuf est resté intact et l'utérus inerte, pendant que l'hémorrhagie se reproduisait pour ainsi dire quotidiennement, alternativement abondante et discrète, jusqu'au moment où l'état de la malade très anémiée est devenu subitement inquiétant. Syncopes fréquentes, dépression générale avec excitation nerveuse singulière menaçant d'amener rapidement la mort.

Le tamponnement vaginal s'étant montré insuffisant à juguler la perte de sang, l'auteur a dû intervenir et effectuer l'avortement par un procédé rapide, c'est-à-dire qu'il a renoncé à employer les moyens ordinaires destinés à provoquer le travail et qu'il a procédé à l'avortement forcé et brusqué en frayant la voie au fœtus et à l'œuf, par le moyen de larges incisions sur le col utérin et l'évacuation de la cavité utérine. La malade, après avoir traversé des alternatives variables, a heureusement guéri.

Antécédents intéressants : Premier accouchement à terme, hémorrhagie post-partum ; 2e grossesse, hémorrhagie au deuxième mois, accouchement à 8 mois et 8 jours ; 3e grossesse, hémorrhagies graves et répétées qui commencent au deuxième mois, expulsion de l'œuf à six mois ; 4e grossesse, grossesse actuelle, les hémorrhagies ont encore débuté au deuxième mois.

**114 — Le forceps Tarnier.**

(*Soc. Obstét. et Gynéc.*, 1886.)

A la suite d'une démonstration de M. Rey sur le mécanisme d'après lequel la tête s'oriente dans le bassin et de l'impossibilité d'admettre que cette orientation est indiquée par l'attitude et la direction des branches du forceps Tarnier, l'auteur émet l'avis que l'indication n'existe que quand il s'agit d'une application de l'instrument dans l'excavation. Au détroit supérieur et au-dessus de ce détroit, la fixité de la tête fœtale ne saurait déterminer une direction précise aux branches de forceps.

Le principal inconvénient réside dans le dérapement de l'instrument appliqué au *détroit supérieur*. Au détroit inférieur et dans l'excavation, il permet de bien tirer dans l'axe, car rien n'empêche les manches d'osciller suivant la direction des axes successifs de l'excavation et de se mettre dans le prolongement de ces axes courbes qui passent par la vulve. L'aiguille indique donc la ligne de descente de la tête et le sens des tractions à effectuer.

L'auteur se cantonne donc dans la question des avantages et des inconvénients du forceps Tarnier, appliqué au détroit supérieur, et demande que la discussion et les statistiques fixent ce point spécial.

**115. — Considérations sur les divers procédés d'embryotomie. — Décollation avec la ficelle. — Procédé du professeur Pajot.**

(*Soc. Obstét. de Gynéc.*, 8 janvier 1895. — *Annales de Gynécologie*, mars 1885.)

(12 pages de texte avec 1 figure.)

L'indication préliminaire de la mutilation du fœtus en vue de l'extraction est l'impossibilité prévue ou constatée après une première tentative, d'arriver au même résultat par l'introduction de la main dans l'utérus pour pratiquer la version.

En pratique, trois cas peuvent se présenter :

1° L'épaule est fortement engagée, la région cervicale du fœtus est pour ainsi dire sous la main ;

2° La partie n'est pas engagée, bien que la rétraction utérine la maintienne ployée et empêche toute possibilité de version spontanée ou artificielle ;

3° Les parties sont fixées, tassées au détroit supérieur. Le cou du fœtus est abordable ; mais par contre le passage des instruments est limité.

L'observation rapportée par l'auteur est un exemple typique de ce troisième cas. Il a été fait application du procédé de Pajot. Décollation avec la ficelle.

La malade, primipare, âgée de 22 ans, vint à la clinique, le 12 octobre 1884. A l'examen, le fœtus se présenta en acromio-iliaque droite de l'épaule droite, les parois de l'utérus étaient fortement rétractées, il ne restait plus de liquide aumiotique. L'enfant étant mort, une version est tentée sans résultats. Dans ces conditions, il est procédé à la décollation par le procédé de la ficelle.

Ce cas emprunte son intérêt à cette circonstance qu'il est le premier dans lequel l'emploi de la ficelle de fouet, à la façon d'une scie à chaîne, a été appliqué chez la femme vivante.

Il n'était jusqu'alors qu'un procédé d'amphithéâtre, usité sur le cadavre de la façon la plus démonstrative par son propre auteur, Pajot.

### 116. — De la version podalique partielle par manœuvres internes et externes combinées. — Méthode de Braxton-Hicks.

(*Ann. de Gynéc.*, mai 1885.)

*Quelle conduite doit tenir l'accoucheur en face d'une hémorrhagie grave par insertion vicieuse du placenta, — ou d'une présentation de l'épaule, au début du travail, après la rupture prématurée des membranes... l'orifice utérin étant peu ou point dilaté, la version par manœuvres externes étant reconnue impossible, après tentatives préalables, et les conditions de la version podalique ordinaire, par manœuvres internes, n'étant point réalisées?...*

C'est à cette question que ce mémoire tente de répondre.

La prompte extraction du fœtus est formellement réclamée par une condition anormale, hémorrhagie tout au début du travail, insertion vicieuse du placenta, prolapsus du cordon, etc.; la version externe a échoué; la version interne ne saurait être effectuée sans violence, et sans danger par conséquent..., l'accoucheur n'est point désarmé. Il suffit qu'il puisse introduire un doigt ou deux dans le col utérin. De la main extérieure il fait mouvoir le fœtus à sa convenance. Des doigts appliqués sur le pôle inférieur de l'œuf, il reconnait et fixe un pied, ouvre l'œuf, saisit ce pied, l'introduit dans le col et le maintient hors de l'utérus.

Telle est la manœuvre préconisée en 1863, par Braxton-Hichs. Elle représente le premier temps de la version ordinaire par manœuvres internes, auquel s'ajoute l'action combinée des manœuvres externes exécutées par la main qui agit à l'extérieur. Un aide est assez souvent nécessaire.

L'auteur expose *in extenso* et critique les observations anglaises.

La méthode a été très favorablement accueillie en Allemagne. Une statististique de 178 cas publiée en Amérique tout récemment, montre ses avantages dans le *placenta prævia*.

Il a semblé à l'auteur que son application dans la présentation de l'épaule, à la place de la version interne, lorsque les manœuvres externes ont échoué, est d'un avantage précieux. Elle permet d'éviter l'introduction de la main et du bras dans l'utérus, les recherches pénibles et longues d'un membre fœtal; enfin elle est applicable dès le début du travail. C'est une heureuse amélioration de la version podalique ordinaire. Barnes en Angleterre, Lusk en Amérique s'en montrent partisans.

En France, on n'a pas paru y attacher la même importance.

L'auteur l'a tentée deux fois avec succès. Il en décrit le manuel opératoire et s'efforce de montrer qu'elle est d'une sécurité parfaite. (Observations *in extenso*.)

L'engagement d'un membre inférieur fœtal suffit à provoquer les contractions utérines et à accélérer le travail qui doit se terminer seul, comme dans la présentation du siège ou l'abaissement propbylactique du pied. Il n'y aura lieu de recourir à l'extraction complète, rapide, qu'autant que le fœtus courra un danger quelconque.

---

CHAPITRE III

# GYNECOLOGIE

---

Pathologie et Therapeutique générales.
Anatomie normale et pathologique. — Bactériologie.
Inflammations localisées. — Déviations. — Tumeurs.
Chirurgie gynécologique.

# TABLE DES MATIÈRES DU CHAPITRE III

## Pathologie et thérapeutique générales. — Anatomie normale et pathologique. Bactériologie



## Inflammations localisées. — Métrite. — Paramétrite. — Salpingo-ovarite. Périmétrite. — Abcès pelviens.

## Déviations utérines. — Traumatismes et déformations des voies génitales.



## Tumeurs de l'utérus, de la trompe, de l'ovaire, du bassin, de la paroi abdominale.

# INTRODUCTION A LA PRATIQUE GYNÉCOLOGIQUE

(Ouvrage en deux volumes. Rueff et Cie 1898.)

Volume I

**117. — Pathologie générale et thérapeutique raisonnée des inflammations génitales de la femme.**

Le premier *volume* de l'ouvrage : (*inflammation de l'appareil génital de la femme, pathologie et thérapeutique générales*) comprend 320 pages de texte, 2 planches en couleur et huit figures.

Dans ce volume, l'auteur commence par définir l'inflammation des organes génitaux qu'il envisage comme fonction constante de l'infection et dont il étudie les foyers primitifs ou secondaires, les métastases, le conflit avec les diathèses. Vient ensuite une anatomie rapide, mais précise et abondante en indications neuves, des organes génitaux de la femme.

Les inflammations sont distinguées en :

1° Inflammations banales, comprenant l'étude des microbes pathogènes de l'infection en général et de la suppuration, leur évolution dans les différents organes.

2° Inflammations d'origine puerpérale, comprenant une étude toute spéciale du streptocoque, sans préjudice des autres microbes du puerpérisme et des caractères différentiels des lésions engendrées par cette deuxième variété, et rapportées par l'auteur aux conditions particulières à la femme accouchée. Etude spéciale de l'avortement et de la nécessité de l'intervention chirurgicale hâtive pour prévenir les conséquences graves de l'infection.

Dans un paragraphe spécial, sur les accidents tardifs de l'infection puerpérale, l'auteur fait ressortir les conséquences d'une infection ancienne et devenue latente, qui se manifeste par des maladies localisées appartenant au domaine gynécologique. C'est une étude qui n'a pas encore été faite de cette période de transition entre l'infection observée par l'accoucheur et les lésions systématisées que retrouve plus tard le gynécologue.

3° Etude complète de l'inflammation blennorhagique, soit typique, quand elle dérive du gonocoque seul, soit mixte.

Chacun de ces chapitres comporte une discussion du traitement, basée sur l'évolution clinique des accidents, et en particulier des indications opératoires.

VOLUME II

(En collaboration avec M. le Dr PICHEVIN.)

### 118. — Diagnostic gynécologique. — Technique des moyens d'exploration et des méthodes spéciales de traitement.

Ce volume comprend 537 pages de texte avec 143 gravures.

Il est consacré à la Pratique gynécologique, et décrit, à un point de vue plus spécial et plus en dehors des discussions de doctrine, les moyens d'exploration qui s'offrent au gynécologue et la technique des méthodes générales de traitement.

Un long et minutieux chapitre est consacré à la pratique ou plutôt aux pratiques de l'antisepsie et de l'asepsie, un autre à l'anesthésie.

Puis vient l'examen de la malade, la marche à donner à l'interrogatoire, la position du sujet; le palper, le toucher, l'énumération critique des instruments : spéculum, pinces, hysteromètres, etc.

Un autre chapitre étudie les méthodes chirurgicales d'exploration : dilatation, curage explorateur, endoscopie, laparotomie exploratrice, incision vaginale.

La deuxième partie du volume fait aborder la séméiologie générale. On y étudie successivement, au point de vue clinique, et on y apprécie au point de vue symptomatique, la douleur, les troubles secrétoires, l'hémorrhagie l'aménorrhée.

Puis viennent les symptômes de voisinage, et enfin les symptômes généraux, la neurasthénie.

La troisième partie est consacrée à la technique de quelques méthodes thérapeutiques générales : électrothérapie gynécologique, massage, hydrothérapie, balnéothérapie, traitement marin, cure d'altitude.

### 119.— Anatomie et physiologie de la muqueuse utérine.

(*Nouv. Arch. d'Obstét. et de Gynéc.*, 1894.)

Dans ce mémoire, l'auteur fait une étude très complète de la muqueuse du corps et du col de l'utérus. Il étudie successivement l'épithélium, la couche glandulaire en dehors de la menstruation et pendant la menstruation. Il montre la constitution du derme, la disposition des vaisseaux qui forment un réseau profond à l'union de la paroi musculaire et muqueuse et un réseau superficiel dans la

couche dermique sous-épithéliale. Il rappelle qu'il existe d'autres vaisseaux à direction perpendiculaire à la muqueuse, qui, pour Langhans, seraient des veines réunissant les deux réseaux superficiel et profond.

Il étudie ensuite la physiologie de la cellule utérine et des vaisseaux de la muqueuse à l'état de repos pendant la menstruation, à l'état de suractivité : grossesse normale et grossesse extra-utérine.

Il expose, dans une autre partie, les diverses transformations des vaisseaux de la muqueuse, la pénétration réciproque du placenta fœtal et du placenta maternel, les phénomènes qui amènent la déhiscence de la caduque, la desquamation de la muqueuse utérine.

L'aspect de la muqueuse est ensuite considéré tel qu'il se présente sur une coupe perpendiculaire.

Dans une dernière partie, il envisage la question des sécrétions, étudiant leur composition, le mécanisme de leur production et leur excrétion, deux chapitres distincts, pour le corps et le col de l'utérus.

### 120.— L'objectif physiologique en gynécologie. — Nécessité d'une gynécologie conservatrice.

(*Communication faite au Congrès de Berlin*, 1890.)

Dans ce travail, qui synthétise l'esprit dans lequel ont été conçues la plupart des recherches et des études qu'il a entreprises jusqu'alors dans le domaine de la thérapeutique gynécologique, l'auteur a voulu mettre en relief cette pensée, c'est que le rôle du chirurgien n'était pas tant de viser le perfectionnement des méthodes de destruction, que d'améliorer les procédés conservateurs.

La gynécologie, d'abord *obstétricale*, puis *médicale*, est devenue, de nos jours, *chirurgicale* : ça été un progrès immense, mais peut-être a-t-on parfois dépassé le but. Reprenant ensuite une à une les affections les plus communes que peut avoir à traiter le gynécologue, et faisant le parallèle des méthodes employées dans chaque cas, il fait ressortir la supériorité absolue — dont le critérium est dans la conservation de la fonction, — des procédés conservateurs ou réparateurs, et des opérations plastiques sur toutes les autres méthodes. C'est ainsi que dans l'endométrite, il donne le pas au *curettage* qui laisse entre les faisceaux musculaires des culs-de-sac glandulaires, suffisants pour régénérer une nouvelle muqueuse — c'est-à-dire, physiologiquement parlant, un *nouvel utérus*, — sur la *cautérisation* profonde qui détruit la muqueuse entière, sans préjudice de la sténose cicatricielle future du col, double cause de destruction de la fonction.

Dans la métrite cervicale, par contre, c'est le procédé chirurgical qui devient vraiment conservateur, parce qu'il est alors *réparateur*; loin de détruire, il

reconstitue un organe, le col, que le processus fibro-kystique avait physiologiquement anéanti.

Pour la déformation, allongement hypertrophique, etc., c'est encore le bistouri qui apporte avec lui le véritable principe conservateur, toujours en jugeant celui-ci au point de vue de la reconstitution définitive de la fonction, de la cure de la stérilité, par exemple.

Dans le traitement des déviations, la préférence doit aller aux procédés de raccourcissement des ligaments, combinés aux opérations plastiques sur le vagin, parce que seuls ils restent conformes aux lois de la statique pelvienne, alors que la ventrofixation et les autres opérations de ce genre créent des anomalies de siège, de rapports, de conformation qui ne sont nullement en rapport avec les lois auxquelles il est essentiel d'obéir, autrement dit, vont contre le principe *physiologique*.

Dans les affections inflammatoires des annexes, on ne saurait nier quels immenses services ont rendu souvent les *petits moyens*, la dilatation, la balnéation, le massage, etc.; la satisfaction d'avoir pu rendre, par ces méthodes, leurs fonctions normales à des organes que bien souvent le chirurgien eut été tenté de traiter par la suppression définitive, nous semble la première que doive rechercher le gynécologue.

Mais quand il y a néoplasie avérée, carcinome surtout, alors, la conservation de l'individu prime tout naturellement celle de l'organe, et ici la destruction radicale, aussi étendue que possible, devient la méthode de choix.

C'est en vertu des mêmes principes, que l'auteur admet l'extirpation beaucoup plus aisément, dans les prolapsus, par exemple, chez les femmes âgées, quand la vie génitale peut être considérée comme close. Il est inutile que le chirurgien reste conservateur quand il n'y a plus rien qui vaille la peine d'être conservé.

Le mémoire se termine par les lignes suivantes : « Je crois que l'*objectif physiologique* de notre art est devenu la condition *sine qua non* de sa stabilité et de ses progrès. Les grands sacrifices dans les néoptasmes dangereux, la chirurgie active, à outrance, soit; mais, dans les troubles inflammatoires ou mécaniques, dans les néoplasies bénignes, la patience et la chirurgie *réparatrice* ou *conservatrice*. Telles sont les deux lignes de conduite qui résument ma pensée. »

« L'avenir, à mon avis, est aux plus habiles et aux mieux avisés qui guériront sans détruire; il est à ceux dont la tâche restera renfermée dans cette chirurgie conservatrice, plus artistique, plus brillante et certainement plus ardue, par conséquent plus stimulante que celle dont le seul et unique objectif est l'extirpation radicale des organes. »

« L'avenir est, en un mot, aux procédés de restauration et de conservation, non à ceux de destruction. »

**121. — Évolution et thérapeutique de la blennorrhagie féminine.**

(*Bull. de la Soc. Obstét. et Gynéc.*, 1895.)

L'auteur, après avoir considéré que la gonococcite pure, arrivée à une certaine période, doit être d'une rareté relative, montre que la lésion muqueuse est plus profonde, plus tenace, plus résistante, en cas d'association certaine du gonocoque avec des germes banaux. La lésion est plus profonde parce que, dans les cas d'infection aiguë, il y a diffusion des germes : les capillaires, les lymphatiques, les mailles conjonctives du stroma sont infiltrés, pénétrés par le gonocoque. La lésion est plus tenace parce que les microbes enfouis dans les cryptes profondes des glandes du col, de l'urèthre, dans les cellules de la muqueuse tubaire y prennent en quelque sorte droit de cité.

Toute blennorrhagie, à type suraigu ou aigu, attaque les épithéliums et incidemment tous les éléments des muqueuses. Elle est, dans la grande majorité des cas, le résultat d'une association microbienne, bien que l'élément virulent et contagieux soit, en réalité et en dernière analyse, le gonocoque.

La blennorrhagie chronique se cantonne exclusivement dans les épithéliums des muqueuses, elle est plus spécialement gonococcienne pure.

Envisageant la question du traitement, l'auteur déconseille une thérapeutique active dans les cas d'infection aiguë de même que dans les cas où la maladie est insidieuse, donnant lieu à une localisation salpingienne sans symptômes utérins bien évidents.

Dans les deux cas, blennorrhagie aiguë ou latente, l'intervention radicale et précoce ne serait pas sans danger, surtout chez les femmes névropathes, ou qui sont sous le coup d'émotions pénibles, de craintes, d'obsessions, capables d'altérer l'équilibre néro-vasculaire.

L'auteur conseille l'abstention, dans les cas aigus, lorsqu'il y a infection diffuse, lorsque les épithéliums, le derme muqueux, le stroma sous-jacent à la muqueuse sont intéressés. Dans ces cas, on aura recours aux moyens antiphlogistiques associés à l'usage des émollients et des balsamiques.

Dans les cas subaigus et chroniques anciens, le fait de la localisation devient prédominant ; dans ces cas, où le microbe est logé profondément dans les culs-de-sac, il faut agir antiseptiquement, faire un bon drainage et le meilleur moyen consiste, pour l'auteur, dans la dilatation lente, progressive, excessive et répétée, suivie d'une médication topique antiseptique.

**122. — Ovarite interstitielle aiguë. — Formations scléro-kystiques dans les ovaires et les corps jaunes, etc.**

(*Bull. de la Soc. Obstét.*, 1888, p. 98.)

Tout l'intérêt de cette observation consiste dans la description microscopique du processns *micro-kystique* dans l'ovaire. Ce fut le prélude de l'étude des *scléroses ovariques*, sujet sur lequel le Dr Petit, notre assistant, à l'aide de pièces anatomiques multiples provenant de nos opérations, a édifié un mémoire important dont les conclusions consolidées par des travaux ultérieurs (Th. de Conzette) sont devenues classiques.

Il s'agit d'un cas d'ovarite traité par la laparotomie et l'extirpation des deux trompes et des deux ovaires : guérison. L'examen anatomique a montré, dans l'ovaire gauche, de nombreux petits kystes et dans le droit deux gros kystes, probablement d'ancienne date, autour desquels s'est développée une inflammation aiguë, récente, intéressant le tissu interstitiel et la couche interne des vaisseaux (endartérite plastique oblitérante et endophlébite). La question de l'origine syphilitique s'est posée, en raison des lésions vasculaires, mais n'a pu être résolue.

**123. — Sur la présence de microbes dans les kystes des ovarites chroniques.**

(*Nouv. Arch. d'Obstét. et de Gynéc.*, 25 novembre 1895.)

(En collaboration avec M. le Dr Bourges.)

L'examen bactériologique de quatre cas, dans lesquels les ovaires présentaient les lésions macroscopiques et microscopiques des ovarites microkystiques a toujours donné des résultats positifs par les cultures. Les frottis de lamelles, au contraire, n'ont rien donné.

Les cultures ont démontré l'existence de cocci et de staphylocoques possédant une virulence faible ou nulle. Leur porte d'entrée semble avoir été le vagin et le col utérin, car, plusieurs fois, il a été permis de trouver dans du pus de métrite cervicale, à l'état de culture pure, le staphylocoque isolé dans deux des cas. Il s'agit probablement de microbes saprophytes, hôtes habituels des premières voies génitales, pouvant envahir secondairement les trompes et les ovaires. Les microbes avaient perdu leur virulence première, avec le temps et la réclusion dans des kystes nettement limités.

### 124. — Note sur la présence du streptococcus brevis dans les abcès pelviens.

(*Nouv. Arch. d'Obstét. et de Gynéc.*, 1894.)

(En collaboration avec le Dr Bourges.)

Le pus d'un abcès pelvien ponctionné par le vagin et soumis à l'examen bactériologique a décélé la présence d'un streptocoque à courtes chaînettes, peu virulent, analogue à celui que certains auteurs ont découvert dans la salive des individus sains. L'examen sur des frottis de lamelles a fait voir des cocci par deux, formant souvent des chaînettes de quatre à six articles. Ce streptocoque a cultivé le deuxième jour sur gélatine; il a bien cultivé dans le lait et le bouillon. Sur deux lapins inoculés, la streptocoque s'est montré absolument inoffensif.

Il s'agissait donc ou d'une forme spéciale peu ou point virulente; ou bien d'une forme atténuée de streptocoque ayant perdu sa virulence, phénomène parfaitement d'accord avec ce que l'on sait de la stérilisation spontanée qui se fait à la longue dans les cavités closes à contenu primitivement virulent et infectieux.

### 125. — Recherches sur l'association du streptocoque pyogène et du proteus vulgaris.

(*Nouv. Arch. d'Obstét. et de Gynéc.*, novembre 1892.)

(En collaboration avec M. le Dr Bourges.)

Ce travail est basé sur l'observation d'un cas de *Paramétrite* aiguë. Poche purulente dont le pus contenait le proteus vulgaris et un streptocoque ayant perdu sa virulence et sa vitalité.

Au cours d'une laparatomie pour paramétrite purulente, le pus recueilli avec toutes les précautions nécessaires, a été l'objet d'un examen bactériologique complet. Des frottis de lamelles, colorés par le Ziehl montrèrent que ce pus contenait un grand nombre de longues chaînettes d'un streptocoque bien coloré ayant tous les caractères du streptocoque pyogène, et une très grande quantité de petits bacilles.

Des tubes et des plaques de gélose, ensemencés le jour même de l'opération ne donnèrent pas une seule colonie de streptocoque. En revanche, il poussa abondamment, dans tous les tubes et sur toutes les plaques, des colonies blanchâtres d'un petit bacille mobile, qui n'était autre que le proteus vulgaris, comme le démontrèrent ses caractères morphologiques, l'aspect de ses cultures sur les plaques de gélatine, l'odeur très fétide qu'il dégagea et l'effet de son inoculation au lapin.

Ce streptocoque était dépourvu de toute vitalité; le résultat des inoculations fut négatif.

**126. — Troubles physiologiques non inflammatoires de l'utérus. — Fausses métrites.**

.(*Nouv. Archiv. d'Obstét. et de Gynéc.*, 1893.)

Dans ce long mémoire (100 pages de texte), l'auteur rappelle en premier lieu, la distinction qu'il faut faire entre la métrite vraie et la fausse métrite.

Il désigne sous le nom de métrite vraie, les métrites inflammatoires, *banale*, *blennorrhagique* et *puerpérale* développées par l'action de microbes pathogènes.

Hors de là, il existe des états pathologiques variés de telle ou telle partie du tissu utérin, mais pas de métrite vraie. Il passe en revue ces états morbides divers.

Dans un premier chapitre, il étudie les *engorgements utérins*, ce qu'on entend par la métrite des vierges, les fluxions diathésiques.

Le deuxième chapitre est consacré à la *subinvolution*. Il établit la distinction entre l'involution normale et la subinvolution, montre, que les causes de cette dernière, qui résident parfois dans une infection antérieure éteinte, sont imputables, dans d'autres cas, à des traumatismes obstétricaux, opérations, déchirures du col et du périnée. Les déviations utérines, les troubles circulatoires locaux, la rétention de débris placentaires ou déciduaux sont aussi une cause de subinvolution. Des causes d'un ordre plus général interviennent parfois (allaitement, écarts d'hygiène *post-partum*, maladies générales infectieuses, diathésiques, grossesses répétées).

Cliniquement, la subinvolution se traduit par l'augmentation de volume *persistante* de l'organe, la mollesse de son tissu, des troubles de statique : déviations, abaissement. Elle donne lieu à des hémorrhagies, de la leucorrhée, des douleurs lombaires, des troubles urinaires.

Le diagnostic est facile avec la métrite vraie. On pourrait confondre la subinvolution avec la myomatose diffuse au début. Envisageant la question du traitement de la subinvolution, l'auteur propose un traitement préventif, qui consiste dans une antiseptie rigoureuse, avant, pendant et après l'accouchement.

Le traitement curatif consistera dans l'administration du sulfate de quinine, l'ergot de seigle, la digitale, l'hydrastis canadensis, l'emploi de l'eau chaude, de l'électricité, du massage.

L'auteur étudie ensuite les troubles qui accompagnent la *ménopause*. Il établit une distinction entre la ménopause naturelle et la ménopause artificielle qui survient à la suite de la castration. Il montre que les phénomènes observés, au

moment de la ménopause, sont de deux ordres : les uns consistent dans des transformations plastiques, les autres dans des troubles réactionnels.

Il n'admet pas plus l'existence d'une métrite de la ménopause que celle d'une métrite des vierges. Mais il ne conteste pas qu'une femme arrivée à l'époque de la ménopause soit capable de contracter une inflammation utérine, à laquelle prédisposent les troubles vasculaires dont la musculeuse et la muqueuse de la matrice sont le siège à ce moment.

Il conseille l'hydrothérapie et la faradisation contre les troubles de la ménopause.

Dans un quatrième chapitre, l'auteur étudie la *dysménorrhée membraneuse* ou *desquamative*. Il fait d'abord l'historique de la question, aborde ensuite l'anatomie pathologique dont il fait l'étude macroscopique et microscopique. L'étiologie comprend, d'après lui, deux sortes de causes, les unes locales, les autres générales, celles-ci de beaucoup plus importantes. Il expose ensuite le mécanisme de l'exfoliation et les symptômes de la maladie, mettant en relief ces trois phénomènes caractéristiques : colique utérine, écoulement de sang, élimination de la muqueuse. Le traitement, comme la cause, doit être local ou général. Il comprendra le curettage, l'emploi des alcalins à l'intérieur, l'administration de l'iodure de potassium, l'hydrothérapie.

Dans un cinquième chapitre, l'auteur envisage les troubles physiologiques non inflammatoires qui accompagnent les *néoplasmes utérins*.

Il montre d'abord les altérations anatomiques et physiologiques que l'on rencontre dans les cas de fibromes.

Ces altérations peuvent se rencontrer au niveau du muscle ou de la muqueuse. L'auteur rapporte l'examen anatomique qu'il a fait dans deux cas de corps fibreux de l'utérus. Il conclut qu'à part la congestion, l'atrophie des parenchymes secréteurs et un certain degré d'hyperplasie de la couche dermique au-dessous de l'épithelium de revêtement, la muqueuse est normale. Pour distinguer la métrite vraie, due à un processus inflammatoire, des formes purement contingentes à la néoplasie, on peut tirer argument de la présence de cellules lymphatiques dans le tissu interstitiel, de l'existence de capillaires de nouvelle formation, des dilatations vasculaires, des thromboses veineuses.

Les symptômes en relation avec les lésions de la muqueuse sont l'hémorrhagie et l'hydrorrhée.

Le traitement consistera dans l'ablation du corps fibreux. Lorsque ce traitement ne pourra être institué, on pourra penser à agir directement contre les symptômes. Contre les hémorrhagies, on peut essayer la castration, le curettage suivi de l'écouvillonnage, l'électrisation. Les agents médicamenteux seront

l'ergot de seigle ou l'hydrastis canadensis, les injections intra-utérines d'une solution d'antipyrine au 1/5.

La fausse métrite peut exister avec des *lésions annexielles* variables. Le rapport entre les deux affections a été différemment interprété par les auteurs qui se sont occupés de la question. L'opinion généralement admise, qui est défendue également par l'auteur, c'est que les lésions ovariques et salpingitiques entretiennent, par voie réflexe, un état d'hyperémie constante ou paroxystique dans l'utérus et sont la cause des ménorrhagies et des métrorrhagies observées dans ces cas.

### 127. — Affections génitales de la femme et maladie de Basedow.

(*Mémoire à la Soc. Obstét. et Gynéc.*, 1895.)

Envisageant les rapports de la maladie de Basedow avec les affections génitales de la femme, l'auteur rappelle d'abord le mémoire de Jouin et les observations qui y sont rapportées. Il expose ensuite deux observations qui lui sont personnelles. Il conclut que la maladie de Basedow, avec sa symptomalogie complète, est une simple coïncidence en gynécologie que n'influencera pas raisonnablement le traitement de la maladie génitale. Les symptômes nerveux simulant une forme fruste de la maladie de Basedow, pourront être atténués par la guérison de la maladie génitale mais, dans ce cas, il s'agit de phénomènes réflexes dissociés, tachycardie, exophthalmie, troubles gastriques, etc., qui ne constituent nullement le complexus basedowien.

### 128. — Valeur séméiologique de la douleur pelvi-abdominale en Gynécologie.

(En collaboration avec M. Pichevin.)

(*La Gynécologie*, 1896.)

Après quelques généralités sur la douleur des affections gynécologiques, après avoir montré combien ce symptôme est variable suivant les femmes, leur condition sociale, leur genre de vie, leur tempérament, l'auteur rentre dans le détail de la question.

Il étudie, dans un premier chapitre, les variétés de formes de la douleur.

Dans sa durée, elle peut-être continue, paroxystique, intermittente ou périodique.

Au point de vue du siège, elle est profonde ou superficielle, généralisée ou localisée unilatérale ou bilatérale.

Au point de vue de la forme, elle est gravative, dans la période phlegmasique aiguë; lancinante et fixe, dans les traumatismes du col et les adhérences annexielles; névralgique dans la période chronique; plus spécialement spasmodique quand elle s'associe à une contracture musculaire.

L'auteur envisage ensuite les caractères de la douleur utérine, montrant qu'il est indispensable de faire la différence entre la douleur spéciale à l'utérus non enflammé et celle qui est le fait d'une altération pathologique.

Il étudie d'abord les douleurs *spasmodiques*, liées à la menstruation, montrant qu'elles surviennent de préférenee chez les jeunes filles nerveuses, chez les arthritiques, chez les lymphatiques, les débiles. Cette douleur a son siège dans la zone cervicale, au niveau des plexus péricervicaux à type ganglionnaire, qui pénètrent la portion sus-vaginale ou isthme de l'utérus, par ses bords latéraux. Elle n'existe pas chez toutes les femmes; il faut une sorte de prédisposition au spasme ou un état morbide de la muqueuse.

La douleur provoquée par le contact est très variable; elle siège sur le col ou sur le fond de l'utérus. Nulle chez certaines femmes, elle est très vive chez d'autres, même en dehors de tout état morbide. L'impression réflexe peut quelquefois exister en dehors de l'impression douloureuse. La contracture réflexe du sphincter cervical est nettement démontrée quand on fait la dilatation avec les sondes d'Hégar ou des tiges de laminaire.

Dans les traumatismes, les déchirures du col, la douleur peut être très intense, revêtir la forme déchirante ou lancinante.

D'autres spasmes utérins et péri-utérins douloureux sont d'origine réflexe variable. La plus commune de ces causes est l'appréhension qu'éprouve la patiente au moment de l'examen ; d'autres résident dans des affections vulvaires, excoriations, déchirures, les polypes de l'urèthre.

Abordant ensuite l'étude de la douleur d'origine phlegmasique ou pathologique vraie, l'auteur montre que, dans la métrite aiguë, la douleur est diffuse, profonde, tensive, s'irradiant vers les lombes, l'hypogastre et la racine des cuisses. Dans la métrite chronique du corps, c'est la tranchée utérine.

Dans la métrite chronique du col, on peut observer la douleur lombaire classique, le mal aux reins, ou une douleur tensive et continue qui apparaît à chaque période menstruelle. Les irradiations douloureuses, les douleurs provoquées par l'examen peuvent être très variables.

Dans la rétroversion de l'utérus, la douleur est variable suivant la cause qui la produit, et la manière d'être de la rétroversion. Il en est de même dans le prolapsus.

Les tumeurs de l'utérus, les kystes donnent lieu à des phénomènes douloureux très vagues ou localisés.

Dans le cancer du col, la douleur est due à l'envahissement des filets nerveux du col. Dans le cancer du corps, il s'agit de coliques utérines apparaissant comme des exacerbations passagères, au milieu d'une douleur vague, continue ou d'une tension générale de la matrice.

Dans les fibro-myomes, la douleur est très variable, dépend du siége, et de la forme du fibro-myome. Dans les grosses tumeurs fibreuses, elle est pelvienne, abdominale. Chez certaines femmes ayant perdu beaucoup de sang, il existe une sorte de faiblesse irritable.

L'auteur étudie ensuite la douleur dans l'ovarite, la salpingite, la salpingo-ovarite, la paramétrite. Il montre que, dans les grandes névralgies pelviennes, la cause prédisposante est tout, la lésion n'est rien ou presque rien.

**129. — Indications et contre-indications du traitement marin chez les femmes neurasthéniques et dans la convalescence des inflammations génitales.**

(*Nouv. Arch. d'Obstét. et de Gynéc.*, août 1894.)

Après quelques considérations sur la neurasthénie chez la femme, l'auteur indique qu'elle peut revêtir deux formes. Dans la première, elle résulte de tares héréditaires variées aboutissant à l'association de la névropathie avec l'arthritisme. Dans la seconde, elle existe indépendante de cette diathèse et reconnaît alors un état de lassitude et d'épuisement des centres nerveux, véritable surmenage psychique. En clinique, on peut considérer deux catégories de nerveuses, les unes à manifestations éréthiques, congestives, spasmodiques, se rapprochant des pseudo-hystériques, et les nerveuses à manifestations paralytiques chez lesquelles l'atonie viscérale et l'affaiblissement physique diminuent.

L'auteur passe ensuite en revue les phénomènes variables qu'on observe chez ces malades, phénomènes d'ordre sensitif, névralgies apparaissant sans cause, anesthésie, hyperesthésie, les phénomènes d'ordre moteur, l'atonie plus spécialement localisée aux muscles lisses, vagin, utérus, appareil ligamenteux du bassin. Ces accidents d'origine neurasthénique ont la même signification que les ptoses décrites par Glénard. Ces troubles sont plus spécialement marqués chez certaines femmes, les surmenées au point de vue génital et chez les femmes brusquemement sevrées du coït, chez les veuves, et l'auteur comprend sous le nom pittoresque de maladie des veuves cet ensemble de troubles psychomoteurs. Les troubles paralytiques de l'élément musculaire à fibres lisses contrastent souvent, chez les mêmes malades, avec l'excitation sensitivo-motrice qui

se révèle par des spasmes intenses, au niveau des muscles striés soumis à l'action volontaire. Les troubles congestifs portant sur l'appareil vaso-moteur aboutissent le plus souvent à l'hémorrhagie.

Ces divers troubles ne sont jamais associés d'une façon absolument fixe.

Étudiant ensuite l'influence du traitement marin, l'auteur indique que l'éréthisme génital est une des premières conséquences du passage brusque du séjour des villes à celui de la mer. Par conséqnent, les neurasthéniques à ménorrhagies congestives, les neuro-arthritiques surtout, ne peuvent retirer aucun bien de la mer. Il en est de même des nerveuses à excitation psychique prédominante, à spasmes faciles, à névralgies persistantes et mobiles. L'air de la campagne ou le climat d'altitude conviennent mieux à ces sortes de malades.

Par contre, il considère que les formes atoniques, lorsqu'elles sont dégagées de tout élément spasmodique et douloureux, tirent un bénéfice réel du climat marin qui a une action à la fois excitante et reconstituante.

Étudiant l'influence du traitement marin sur la convalescence des inflammations de l'appareil génital, il craint que le traitement marin, de même que l'hydrothéraphie, de même que le traitement balnéaire salin ou sulfureux, ne soient souvent d'un effet déplorable, lorsqu'ils sont intempestifs. Il a été observé plusieurs cas de recrudescence de l'infection streptococcique, qui se sont parfois compliqués d'infection pelvienne uni ou bilatérale. Le traitement marin est donc contre-indiqué dans les cas de susceptibilité nerveuse exagérée et lorsqu'il y a permanence des germes infectieux dans la muqueuse cervicale.

**130. — Quel est le mode de fermeture de l'abdomen qui paraît garantir le mieux contre les abcès, les éventrations et les hernies?**

(*Congrès de Gynécologie de Genève*, août 1896.)

L'auteur a pratiqué une dizaine de fois la section abdominale en plein muscle droit, tout à côté de la ligne blanche et réuni la plaie par des sutures perdues en étages. Il s'agissait de laparotomies ne nécessitant qu'une courte incision sous-ombilicale. Le résultat a été très satisfaisant.

Il ne croit pas que la même pratique puisse être toujours suivie, notamment quand il s'agit de sections étendues, et quand la paroi abdominale a été distendue et amincie par une tumeur volumineuse ou des grossesses répétées.

Dans ce cas, il y a intérêt à réséquer autant que possible la ligne blanche, mais il ne pratique pas de parti pris la résection totale de la bande fibreuse, comme le conseille M. de la Torre.

### 131. — Délire post-opératoire en gynécologie.

(Congrès de Bordeaux. 1895.)

(*Nouv. Arch. d'Obstét. et de Gynéc.*)

Après avoir rappelé les phénomènes qui caractérisent le *choc opératoire* et constaté qu'il n'y a qu'une question de degrés et de dispositions différentes des malades entre ces faits et les grands ictus psychiques dénommés *folie* ou *délire post-opératoire*, l'auteur dit que l'étude préalable du sujet et son observation doivent guider et préoccuper l'opérateur.

Certaines femmes portent l'empreinte vague d'un état délirant au moment où on les opère. Ce sont des neurasthéniques, des surmenées, des affolées ou des excitées. Elles représentent les caractères réels d'une déchéance cérébrale qui se manifeste par un laisser-aller, une lassitude peu naturels. Certaines *réclament l'opération*, comme d'autres réclament la morphine, l'éther, etc. Beaucoup de ces femmes se trouvent bien d'être soumises à un traitement spécial avant toute intervention. Il en est qu'il ne faut pas opérer.

L'auteur rapporte ensuite une série de 9 cas qui sont le total de la statistique sur 2.000 opérations environ, exécutées en 10 ans. Dans ces 9 cas, il relève plusieurs coïncidences : l'existence d'un état névropathique antérieur, hystérie, vie désordonnée, excès génésiques ; la syphilis ; l'alcoolisme ; l'éthéromanie ; la ménopause. Dans aucun cas, il n'y avait d'antécédents héréditaires, en tant que folie ou affections nerveuses ; seule la tare arthritique se retrouve chez quelques malades. Il insiste sur la possibilité d'une terminaison fatale lorsque le délire s'allie au choc caractérisé ou non par le spasme gastro-intestinal persistant ; sur la gravité du spasme rénal observé dans deux cas mortels sur trois ; enfin sur la contre-indication opératoire déduite de la forme de la lésion, ptose ou paralysie génitale partielle.

### 132. — Psychoses systématisées chez la femme, à la suite d'opérations pratiquées sur l'appareil génital.

(*Soc. Obstét. et Gynéc.*, juin 1898.)

Neuf observations furent communiquées au Congrès de Bordeaux. Il s'agissait de cas, comparables entre eux, de *délire post-opératoire* sans systématisation, sans antécédents vésaniques héréditaires ou personnels aux malades.

Trois nouvelles observations viennent prendre rang dans une catégorie un

peu différente. Les malades ont présenté un trouble nerveux central, une psychose à répercussion systématisée sur la région pelvi-génitale et dont l'origine a pu, dès le début, résider dans une perturbation de la sensibilité spéciale des organes de la région. L'une d'elles, laparotomisée pour lésions graves des annexes, bien quelle fût réglée régulièrement depuis, et possédât tous ses organes génitaux externes et une portion d'ovaire, était convaincue qu'elle n'avait plus ni vulve, ni vagin, ni utérus, ni même une partie de son abdomen. Elle tomba dans une vésanie demi-mélancolique caractérisée. Une autre opérée, qui avait subi des opérations plastiques pour vastes délabrements du périnée et du vagin, avec colpocèle et prolapsus utérin, sentit, après l'intervention, un tel changement qu'elle resta convaincue de son impuissance à accomplir la miction, la défécation, le coït. Elle se prétendait imperforée et incapable de satisfaire à ses fonctions naturelles. L'une et l'autre, malgré l'évidence, conservèrent cet état psychique pendant des mois.

On ne saurait mieux comparer cette perturbation mentale, chez la femme, qu'à la *petite hypocondrie*, telle que Ballet l'a décrite. Cette dernière affection, plus spéciale aux hommes, aurait son point de départ dans les organes de l'épigastre, tandis que les troubles propres aux femmes seraient exclusivement d'origine pelvi-génitale et hypogastrique.

**133. — Rapport sur le Congrès international tenu à Washington, en septembre 1887, et sur le meeting annuel de gynécologie tenu à New-York les 14, 15, 16 et 17 du même mois, lu à la Société Obstétricale et Gynécologique de Paris.**

(*Séance de décembre* 1887.)

**134. — De l'endométrite et de son traitement.**

(*Soc. Obstét. et Gynéc.* de Paris, juin 1886.)

Dans un premier chapitre, l'auteur montre que l'endométrite d'origine microbienne ou infectieuse est la lésion initiale de l'inflammation de l'utérus, et qu'elle reste permanente dans l'inflammation chronique, sous forme de processus anatomiques divers. La muqueuse utérine primitivement malade est le foyer qui alimente les foyers morbides secondaires : muscle utérin, lymphatiques, annexes, péritoine, paramétrium. L'occlusion du col, qu'elle soit mécanique, spasmodique ou organique, de même que les déviations accentuées et surtout la rétroversion sont une cause de rétention et de résorption consécutive des produits septiques. La guérison spontanée de la métrite chronique est longue et difficile, par la profon-

deur des lésions qui ont gagné les culs-de-sac, par le retour périodique des règles et l'atonie de la musculature utérine.

Étudiant, dans un deuxième chapitre, les lésions macroscopiques et microscopiques de la muqueuse malade, l'auteur montre que ces lésions ont tantôt une tendance végétante et hyperplasique et tantôt aboutissent à une sténose des glandes, à un état kystique de leurs culs-de-sac. Ces lésions et d'autres accessoires, thromboses, varices, ulcérations, granulations, ont pour résultat d'altérer les sécrétions, de déterminer des hémorrhagies, de provoquer des douleurs par rétention, spasmes, irradiations pelviennes, le tout sans préjudice d'autres phénomènes symptomatiques qui ont leur raison d'être dans l'altération des parois musculaire, cellulaire et péritonéale. Ces considérations amènent l'auteur à envisager et à discuter le meilleur traitement de l'endométrite.

Dans un troisième chapitre, il expose la thérapeutique. Il fait bon marché des injections intra-utérines, de la cautérisation avec des crayons caustiques, du badigeonnage avec des pinceaux, qui se sont montrés insuffisants et parfois dangereux.

Il étudie l'emploi de la curette et expose la méthode de traitement par l'écouvillon. Il insiste sur le choix de la curette et de l'écouvillon, sur les préliminaires de l'opération, les suites opératoires et les précautions post-opératoires.

*L'abaissement de la matrice* est indispensable dans tout procédé de thérapeutique intra-utérine. Il en montre la rapidité, la sécurité et la facilité.

*La dilatation* est utile sans être indispensable ; faite avec des tentes antiseptiques iodoformées, elle agit avantageusement sur la muqueuse utérine. Il faut préférer la curette à l'écouvillon pour les formes bourgeonnantes invétérées et rebelles. Il écouvillonne ensuite. Dans le plus grand nombre des cas, l'écouvillonnage trouve son application ; son usage est précieux pour pansements intra-utérins, dans les cas récents et légers, et pour la modification ou la destruction de la muqueuse malade dans les formes chroniques. Il sera toujours tenté avec avantage à titre d'essai, si l'on veut éviter de recourir à la curette. Il interviendra, à titre complémentaire, dans toute méthode de curage de l'utérus, chargé de la solution de *glycérine créosotée à 1/2 ou 1/3*.

L'auteur expose ensuite les résultats de statistiques portant sur 280 endométrites légères ou de moyenne intensité ; sur 43 cas d'endométrite invétérée végétante, polypeuse et sur 16 cas d'endométrite déciduale récente, avec ou sans rétention du placenta et des membranes, y compris les endométrites puerpérales septiques post-partum. Dans tous les cas, il a obtenu la guérison opératoire sans accidents. L'avenir dira ce qu'il faut penser de la guérison définitive de la maladie.

**135. — Stérilisation des tentes dilatatrices par l'ether iodoformé.**

*Ibid.*

Exposé technique de la désinfection des tiges de *laminaria* et des éponges comprimées. L'auteur passe en revue les diverses substances utilisables dans l'espèce. L'éther a l'avantage de pénétrer les tentes dilatatrices en entraînant avec lui l'iodoforme dissous, et il n'a pas l'inconvénient de les distendre par imprégnation.

Des coupes microscopiques de muqueuse utérine enlevée par le raclage, après la dilatation, ont permis de voir que des spicules d'éponge, en grande quantité avaient pénétré les cryptes muqueuses et y avaient transporté des parcelles d'iodoforme déposé en paillettes.

**135 *bis*.— Effets de la dilatation de l'utérus sur les spasmes douloureux de l'organe.**

(*Ibid.*)

Il s'agit d'une action purement mécanique analogue à l'élongation des nerfs dans les névralgies. L'utérus dilaté devient tolérant et la dysménorrhée peut disparaître totalement.

**135 *ter*. — Innocuité de la dilatation antiseptique de l'utérus.**

(*Ibid.*)

Elle ressort du fait que les agents de dilatation introduisent d'une façon permanente, dans les tissus au contact desquels ils sont placés, l'agent antiseptique dont ils sont imprégnés. Pratiquement, on n'observe pas d'accident, lorsque les indications de la dilatation sont bien établies et qu'il n'existe pas de foyers infectieux péri-utérins.

**136. — Métrite cervicale. — Pathogénie et traitement des affections du col de l'utérus.**

(*Mémoire lu au Congrès gynécologique espagnol tenu à Madrid*, mai 1888.)

Dans ce mémoire, l'auteur expose les résultats de ses recherches anatomiques sur les affections du col de l'utérus. Il envisage les lésions glandulaires superfi-

cielles et profondes. Il montre comment se produisent les érosions prétendues vraies de cet organe, et il établit que ces pertes de substance, ulcérations véritables en apparence, se font aux dépens du revêtement épidermique cicatriciel peu solide qui recouvre d'anciens ectropions.

Il admet ainsi un ectropion primitif et un ectropion secondaire.

Le traumatisme obstétrical, naturel ou artificiel, ouvre la porte d'entrée aux agents pathogènes de l'inflammation. Celle-ci empêche la réparation spontanée des tissus, qui est encore retardée du fait de la profondeur des acini glandulaires. Les altérations de forme reconnaissent pour cause le traumatisme unilatéral du col ou les contractions musculaires des bandes ansiformes de l'utérus. L'état nerveux, les congestions répétées, entretiennent et augmentent les déformations. L'auteur expose ensuite le résultat fourni par plus de cent cas cliniques et l'examen d'environ soixante pièces anatomiques fraîches provenant d'opérations pratiquées sur le col.

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

1° Un état général défectueux crée, dans les muqueuses génitales de la femme, vierge ou non, une prédisposition réelle aux inflammations, soit en entretenant les congestions passives, soit en favorisant l'excès des sécrétions. C'est là ce qu'on appelle communément le catarrhe simple.

Dans ce catarrhe, qui n'est qu'un trouble physiologique, l'inflammation n'existe pas à priori.

2° L'inflammation du col utérin succède à l'introduction d'agents phlogogènes et à leur contact. Le traumatisme opératoire ou obstétrical, les inflammations du vagin, etc., ouvrent la voie à ces agents.

3° Le traumatisme aseptique du col se répare normalement, sans laisser de traces, qu'il s'agisse d'érosion traumatique simple, ou de déchirures des tissus.

4° Le traumatisme septique ne se répare pas ; il donne lieu à la déformation persistante, avec inflammations, cicatrices vicieuses et douloureuses, périmétrite à répétition, etc.

5° Les ectropions, relativement à leur marche, se divisent en primitifs et secondaires.

Les *primitifs* constituent l'effet immédiat de la cause pathogénique : effraction du col avec inflammation septique chez la femme qui a accouché ; inflammation récente propagée, chez la vierge ou la nullipare.

Les *secondaires* sont les ectropions qui apparaissent sur un terrain déjà malade, c'est-à-dire sur la partie primitivement ectropionnée et cicatrisée du col.

Leur existence met hors de discussion le processus par lequel se fait l'extension de la surface érodée.

En effet, lorsque apparaît de nouveau la prétendue érosion sur une surface lisse et recouverte d'épithélium pavimenteux (en réalité sur la cicatrice épithéliale), il

semble que la perte de substance envahit des régions qui n'appartiennent pas à la muqueuse interne du col ; au point qu'on serait tenté de croire à une ulcération réelle des tissus sains, alors qu'il s'agit seulement de la reproduction de l'ancienne érosion sur un tissu antérieurement malade et temporairement réparé par une cicatrice épithéliale pavimenteuse.

6° La cicatrisation de l'ectropion cervical, avec érosion, n'est avantageuse qu'à condition d'être définitive. Or la cicatrisation ne peut être définitive que s'il ne reste aucun élément morbide sous la couche de vernis cicatriciel qui se forme. S'il n'en est pas ainsi, la cicatrisation ne fait que cacher la lésion, de sorte que la maladie n'est pas guérie, mais persiste sous une autre forme. *L'ennemi reste enfermé dans la place* et le col s'altère par le fait des racines inflammatoires chroniques qui intéressent les glandes incluses dans le stroma musculaire ; si, par contre, la lésion était restée sans se cicatriser, il n'y aurait là qu'une sorte d'exutoire sécrétant, de cautère permanent, qui n'entraînerait pas les conséquences habituelles de l'inflammation scléreuse chronique.

7° En conséquence, le traitement doit viser :

1° L'ectropion simple ;

2° L'ectropion secondaire ;

3° Les cols non érodés, mais anciennement malades et sur lesquels s'est effectué déjà le travail de cicatrisation.

8° Les cautérisations présentent l'inconvénient de favoriser et de hâter la cicatrisation superficielle des orifices glandulaires et des espaces situés entre ces orifices. Il vaut mieux un traitement antiseptique anodin qui laisse le champ libre à la réparation spontanée ; les tampons de glycérine rendue antiseptique par l'iodoforme ou toute autre substance, les injections, etc.

9° Le cautère actuel guérit plus sûrement, parce qu'il détruit tout ; mais, outre qu'il est dangereux, il offre le grave inconvénient d'enlever presque à coup sûr à la malade, par suite de l'atrésie consécutive, toute aptitude à la fécondation.

10° Les érosions secondaires, de même que les cols volumineux, difformes, cicatriciels, hypertrophiés, etc., avec dégénérescence kystique des glandes, ne sont susceptibles de guérison que par les moyens chirurgicaux, plastiques ou mixtes, c'est-à-dire par les moyens qui impliquent l'ablation de la partie malade et la restauration de la forme.

**137. — Métrite cervicale. — Etude anatomo-pathologique de l'inflammation chronique du col utérin.**

(*Nouv. Arch. d'Obstét. et de Gynéc.*, 1888-1889.)

(En collaboration avec M. Mangin.)

Dans la première partie de ce travail, l'auteur expose l'historique complet de l'état de la question en France et à l'étranger. Le mémoire bien connu de Ruge et Veit, celui de Fischel (de Prague) et les discussions qu'ils ont suscitées, sont largement analysés dans le texte étranger. Les dissidences entre ces auteurs se résument en une interprétation différente de l'ectropion cervical et de ses variétés anatomiques.

La deuxième partie comprend une étude sur la disposition et la structure normales du col utérin chez l'adulte et l'enfant nouveau-né.

Dans une troisième partie, l'auteur expose les résultats macroscopiques et microscopiques de ses recherches sur un grand nombre de cas de sa pratique. Il relate quatre observations personnelles, avec figures, des lésions qu'il a observées.

Il résulte de ses recherches que tous les procédés de traitement topique des soi-disant érosions ou ulcérations du col, au moyen de caustiques, aboutissent à un processus d'épidermisation des surfaces malades.

Les prétendues érosions ou ulcérations ne sont autre chose que la hernie à l'extérieur du col, de la muqueuse intra-cervicale boursouflée, enflammée à des degrés divers.

C'est l'*ectropion*, expression qui doit devenir classique en France.

Sa coloration écarlate, son aspect tantôt fongueux, tantôt grenu ou velvétique, ne sont que des modalités pathologiques secondaires, attribuables à des altérations des vaisseaux ou des glandes de la muqueuse.

L'examen d'un grand nombre de pièces anatomiques lui a montré que la cicatrice épidermique était appliquée directement sur le chorion muqueux, à la faveur de la destruction de l'épithélium cylindrique par les caustiques.

Les orifices glandulaires qui viennent s'ouvrir à la surface de l'ectropion sont étranglés, comprimés et comme oblitérés à la fois par la prolifération très marquée de l'épithélium pavimenteux et par les tissus scléreux sous-jacents.

Comme conséquence pratique, l'auteur rejette l'emploi des caustiques légers ou violents, qui produisent des cicatrices exubérantes. Les dégénérescences kystiques étant une conséquence nécessaire de la transformation cicatricielle de l'épithélium cylindrique de la muqueuse herniée, en agissant par les caustiques pour hâter la guérison d'une lésion récente et légère, on prépare la voie au processus scléreux et douloureux tout à la fois, en même temps qu'on condamne à l'oblitération les follicules malades sous-jacents à la cicatrice.

### 138. – Aperçu synthétique sur les fonctinns, la patholngie et la chirurgie du col de l'utérus.

(*Mémoire lu au Congrès français de chirurgie* en octobre 1889.)

Ce mémoire est divisé en trois parties. Dans la première, l'auteur étudie le rôle physiologique du col, au point de vue de la fécondation et de l'accouchement. Il rappelle la disposition normale des faisceaux musculaires longitudinaux du vagin et leur terminaison sur le col de l'utérus, disposition rencontrée, pour la première fois, par Forget et négligée depuis cet auteur.

Dans une deuxième partie, le rôle du sphincter cervical est envisagé. Le col est un agent de rétention de l'œuf fécondé, pendant la gestation, et un agent modérateur de la sortie du fœtus pendant la première phase de la parturition.

Dans la troisième partie, la pathologie du col utérin est rangée sous ces trois titres : *traumatismes*, *inflammations*, *processus néoplasiques*. L'auteur envisage les rapports du traumatisme et de l'inflammation et il conclut à la supériorité de l'abrasion de la muqueuse, par le procédé plastique de Schrœder, sur la trachélorrhaphie ou suture des angles du col déchiré, par le procédé d'Emmet. Il conclut ensuite à la nécessité de s'adresser thérapeutiquement à chacune des lésions de l'utérus, par des moyens appropriés, en vue de la guérison et de la restauration fonctionnelle de l'organe. On aura beau sectionner un col conique, si on laisse persister la flexion et l'endométrite, on aura fait œuvre nulle ; et, réciproquement, le curage d'une endométrite du corps n'améliorera nullement l'état du col. C'est là le secret de beaucoup d'échecs du curage.

### 139. — Métrite du corps, métrite du col. — Etude cnmparative.

(*Communication à l'Académie de médecine*, 15 avril 1890.)

L'auteur établit, en premier lieu, la distinction qu'il faut faire, au point de vue thérapeutique, entre le traitement de l'inflammation du col de l'utérus et celui de l'inflammation du corps. Il affirme cette distinction, pour répondre aux conclusions négatives des médecins qui pensaient à tort que le curettage de la matrice pouvait répondre à toutes les indications. Le traitement des affections génitales, par une opération unique, est un objectif illusoire qui doit être mis hors de discussion. Il montre quels progrès considérables les travaux français ont fait faire à la thérapeutique intra-utérine.

Le curage à lui seul ne vient pas toujours à bout de la métrite cervicale, quand elle est invétérée. Il n'en est pas moins vrai que la série opératoirc,

lorsqu'elle est employée rigoureusement et intégralement (dilatation, curettage) écouvillonnage, irrigation intra-utérine, drainage) constitue une méthode d'ensemble des plus utiles. Elle pourra échouer quand, en même temps que l'endométrite, coexisteront une flexion de l'organe ou une lésion des annexes.

L'auteur montre l'insuffisance et les dangers de la cautérisation intra-utérine dans le traitement de la métrite. Le cautère sur le col, les caustiques violents à demeure dans la cavité du corps sont, sans contredit, les plus parfaits destructeurs de la vie physiologique de l'utérus.

**140. — Métrite cervicale. — Pathologie et thérapeutique du col utérin.**

(En collaboration avec le Dr Bonnet.)

(*Nouv. Arch. d'Obstét. et de Gynéc.*, 1892.) (Monographie de 80 pages de texte avec 19 figures.)

La pathologie du corps de l'utérus comprend, d'après l'auteur, trois grands groupes principaux : l'inflammation, les traumatismes, les déformations. Il exclut les néoplasmes.

Dans un premier chapitre, l'auteur étudie l'**inflammation** de la muqueuse intra-cervicale et de la musculature du col de l'utérus.

L'endocervicite comprend un processus pathologique double, intéressant l'épithélium et le derme.

Lorsque l'inflammation est récente, elle se caractérise par le gonflement des épithéliums, la tuméfaction du derme muqueux, l'hypertrophie des glandes et une hypersécrétion typique. C'est le *catarrhe*.

Plus tard survient l'*ectropion* d'aspect lisse. Une deuxième forme, relevant d'un processus inflammatoire plus ancien, est caractérisée par l'envahissement du derme, c'est la forme bourgeonnante, totale, *multifolliculaire*.

Dans une troisième forme, dite *cicatricielle*, il y a productions kystiques profondes, isolées.

La quatrième forme est désignée sous le nom de cicatricielle imparfaite et récidivante avec productions polypeuses et kystiques saillantes.

Un traitement variable doit être institué contre ces diverses formes. Dans l'endométrite catarrhale où la lésion est superficielle, il faudra faire une détersion antiseptique de la muqueuse malade.

Dans la deuxième forme, la thérapeutique sera analogue, mais plus active, agissant plus profondément.

Dans les troisième et quatrième formes, il faut aller plus loin, recourir à l'ablation de la partie malade.

Lorsque l'inflammation a gagné la couche musculaire du col, on trouve, dans les formes récentes, une hypertrophie apparente, qui est due à l'éversion. L'hypertrophie réelle s'observe à une période plus avancée de l'endométrite. Elle est constituée par la *folliculite kystique*, ayant dépassé les limites du derme muqueux, et un premier stade de *sclérose péri-folliculaire*, péri-vasculaire et inter-musculaire. Il existe aussi des hypertrophies spéciales, excessives, décrites autrefois par Huguier, plus rares que les précédentes et directement alliées aux déplacements. Dans ce dernier cas, la zone sus-vaginale est plus particulièrement affectée. Il s'agit d'un processus de sclérose débutant par une phase hypertrophique et aboutissant à l'atrophie.

Dans un deuxième chapitre, l'auteur étudie le **traumatisme**, qui est le plus souvent associé à la métrite chez les femmes qui ont accouché. Il se résume dans la déchirure latérale du col qui existe d'un seul ou des deux côtés. Ces déchirures peuvent s'observer à trois degrés différents, l'encoche classique, bilatérale peu étendue, la déchirure de la portion vaginale, la déchirure de la totalité ou de la plus grande partie de la portion sus-vaginale.

Ces traumatismes sont d'origine chirurgicale ou obstétricale. Lorsqu'ils se compliquent d'un certain degré d'infection, la cicatrisation est lente à se faire, elle est vicieuse.

Dans une troisième partie, l'auteur étudie les **déformations** du col utérin. Il considère d'abord celles qui se rattachent à l'inflammation, l'ectropion et l'éversion, la conicité qui peut être congénitale, l'antéflexion exagérée, favorisée par l'attitude antéfléchie normale de l'utérus, la faiblesse inflammatoire de l'isthme, les alternatives de réplétion et de vacuité de la vessie, l'affaiblissement du plancher vaginal antérieur, la paramétrite postérieure.

Telles sont les déformations imputables à l'endométrite cervicale seule. Lorsqu'il y a myocervicite, le col affecte une forme cylindrique et non plus conique. C'est cet aspect qu'on a décrit sous le nom d'hypertrophie sous-vaginale.

D'autres déformations liées au traumatisme seul, n'ont pas besoin d'être réparées. En augmentant les dimensions de l'orifice externe, elles ont parfois un heureux résultat physiologique.

Il étudie ensuite, les déformations liées au traumatisme et à l'inflammation combinés.

Au point de vue *étiologique*, il considère que la cervicite vraie s'observe dans la majorité des cas sous l'une des trois formes suivantes : suppuration banale, blennorrhagique, puerpérale.

Au point de vue *symptomatologique*, l'auteur fait une distinction entre la

métrite du corps et celle du col. La première donne lieu à un écoulement de sang et de sérum, elle est prédisposée à l'hémorrhagie. Dans la métrite du col, la sécrétion est un mucus limpide, mais épais et visqueux, plus ou moins modifié par addition de pus ou de sang.

Les principaux symptômes fonctionnels de la métrite cervicale sont la sécrétion filante, glaireuse blanchâtre, parfois muco-purulente ou purulente franche. Les glaires peuvent être sanguinolentes. La douleur peut avoir des localisations et des caractères multiples, sous la dépendance du col lui-même, des ligaments qui s'y insèrent, de l'obstruction du conduit cervical ou des complications possibles du côté des organes voisins.

A l'examen physique, on se rendra compte de l'ectropion, de l'éversion des lèvres. L'orifice externe présentera les formes les plus variées. La cavité du col dépendra de la forme de l'orifice ; elle pourra être cylindroïde, avec parois épaisses et muqueuse hypertrophiée, molle et saignante. Parfois, on trouve une cavité cervicale fusiforme, elliptique, à parois lisses et minces distendues par le mucus, limitée par les deux orifices interne et externe atrésiés.

L'examen au spéculum, le toucher avec deux doigts viendront aider au diagnostic. Il sera parfois nécessaire de faire la section du col et la dilatation préalables, le cathétérisme.

Le *diagnostic* différentiel doit être fait avec la métrite du corps et l'épithelioma.

Des complications peuvent survenir par propagation. Telles sont les lésions par continuité des muqueuses, endométrite du corps, salpingite, péritonite, ovarite, vaginite des culs-de-sac. D'autres lésions sont transmises par les troncs veineux et lymphatiques, il y a lymphangite et phlébite des troncs péri-utérins. On peut observer de la paramétrite postérieure ou antérieure, des troubles consécutifs à l'atrésie mécanique ou spasmodique de l'orifice interne donnant lieu à de la douleur et de la rétention des sécrétions au-dessus de l'obstacle. La douleur peut être nulle ou légère, parfois survenant sous forme de névralgie. Il se fait parfois des déformations, des flexions permanentes, antéflexion ou rétroflexion, un début de prolapsus, le premier degré de la rétroversion, des déviations latérales.

Dans une dernière partie, l'auteur aborde la question du *traitement*. Il étudie d'abord le traitement de l'inflammation du col. Après avoir indiqué les quatre éléments qui sont toujours à considérer, l'âge de la maladie, le siège superficiel ou profond des lésions, la nature blennorrhagique, puerpérale ou pyogénique banale de la cause phlogogène, le terrain sur lequel évolue la maladie, l'auteur indique que, dans la cervicite catarrhale, le traitement sera à la fois extra et intra-cervical. Extra-cervical, il comprendra les injections chaudes au sublimé, les tampons chargés d'iodoforme. Intra-cervical, il sera constitué par la dilata-

tion et l'écouvillonnage. La cervicite exagérée sera corrigée au moyen d'une stomatoplastie, l'obstruction et l'atrésie de l'orifice externe par la discission.

Dans l'endocervicite dermique, glandulaire, les moyens précédemment indiqués sont en général insuffisants. Il faudra recourir à la dilatation répétée de la cavité cervicale, au hersage suivi du tamponnement prolongé et antiseptique. L'auteur indique ensuite son procédé de hersage.

Les cas qui répondaient aux anciennes dénominations d'ulcération fongueuse, papillaire, folliculaire, polypeuse, doivent être traités par l'abrasion de la muqueuse. Deux moyens peuvent être employés : 1° ablation de la muqueuse au bistouri, suivie de la thermocautérisation légère de la surface cruentée, 2° la stomatoplastie. La forme interstitielle chronique, cervicite scléro-kystique, comprend un traitement palliatif consistant à ponctionner et à vider isolément les gros kystes superficiels et à en cautériser la cavité. Le traitement curatif est réalisé par l'ablation de la muqueuse. La myométrite est justiciable de l'amputation plastique du col.

La question de la réparation du traumatisme du col se pose à diverses époques.

Au moment où il se produit, les indications varient avec son étendue et la question de la trachélorraphie est comparable à celle de la périnéorraphie.

Pendant la grossesse, il faut opérer les cas extrêmes si on est en droit de craindre pour la conduite à terme d'une grossesse. La trachélorraphie sera faite de préférence, dans les trois premiers mois.

Dans le cas de traumatisme ancien, il faut opérer lorsque l'inflammation est venue se joindre au traumatisme. Deux procédés sont en présence : la trachélorraphie d'Emmet, et l'abrasion de toute la muqueuse éversée par la méthode de Schrœder.

Le traitement des déformations est variable suivant la déformation qu'on observe. Contre la flexion, on fera des séries répétées de dilatation ; le hersage, le curage, les topiques antiseptiques contre l'endométrite ; la stomatoplastie ou la section bilatérale contre la conicité. Lorsque l'allongement est considérable, on combinera la stomatoplastie avec l'amputation biconique de Simon. L'hypertrophie du segment vaginal est justiciable de l'opération de Schrœder.

Abordant ensuite la technique, l'auteur expose le manuel opératoire de la dilatation et les divers temps de l'amputation du col ; cet exposé est accompagné de 19 figures.

**141. — Action de l'éther iodoformé sur le mucus utérin. — Son emploi dans l'endocervicite au début.**

(*Bull. de la Soc. Obstét. de Paris*, 11 février 1897.)

L'auteur a par hasard, dans un cas de catarrhe profluent du col, introduit un bourdonnet de coton imbibé d'éther iodoformé à 10 % et a observé une coagulation immédiate de la totalité du flot muqueux qui encombrait le trajet utérin. Il a suffi d'imprimer à l'extrémité du bâtonnet garni d'ouate, un mouvement giratoire irrégulier, pour entraîner la masse coagulée et en débarrasser entièrement le col. L'action spéciale coagulante paraît due à l'éther qui a pour effet accessoire d'amener une réaction des parois cervicales qui favorise l'évacuation totale des cryptes muqueuses et des follicules les plus superficiels.

Cette première donnée a conduit l'auteur à utiliser l'éther iodoformé comme topique médicamenteux en vue d'aseptiser les utérus affectés d'endométrite cervicale au début de la période catarrhale ou dans les infections post-puerpérales récentes.

Il introduit successivement 3 ou 4 bourdonnets imbibés d'éther iodoformé qu'il laisse en place quelques secondes dans la cavité cervicale une fois détergée. Un pansement à la gaze par-dessus. S'il existe de l'ectropion, on touche de même la muqueuse herniée. Cette pratique n'est pas douloureuse, elle a été jusqu'ici sans danger.

**142. — Infection des voies génitales, chez une vierge, par un staphylococque blanc.**

(*Soc. Obstét. Gynéc.*, 19 mars, 1896.)

La malade, une jeune fille vierge de 23 ans, traitée en province depuis 1889, a été examinée en 1896, par l'auteur qui découvrit une tumeur du volume d'une pomme dans les annexes droites et une vague tuméfaction dans les annexes gauches.

La laparatomie montra d'anciennes adhérences des deux côtés; de plus, à droite, l'ovaire converti en un kyste simple à paroi mince, unique, à contenu fluide, légèrement citrin ; à gauche un ovaire petit, atrophié, et une trompe kystique, longue de 15 centimètres, distendue, contenant un liquide limpide, à peine coloré. Des abcès miliaires sous-séreux sur le tronçon sectionné de la trompe gauche.

Les organes étant définitivement perdus pour la fonction furent enlevés et soumis à l'étude. L'examen bactériologique a montré, dans le mucus utérin, la

trompe, et l'abcès sous-séreux, un staphylocoque très peu pathogène qui, inoculé au cobaye, a produit une tuméfaction passagère avec engorgement ganglionnaire.

Cette observation, banale en apparence, offre un intérêt tout spécial, dans l'évolution lente (six ans) d'une infection qui a marché sourdement mais d'une manière continue, et, qui après avoir atteint l'utérus, a progressé dans les annexes, sans se révéler par des symptômes aigus. Le microbe pathogène, un des plus bénins qui se puissent rencontrer dans les inflammations, a néanmoins suffi à détruire, par un processus lent et sans produire de symptômes marqués, l'intégrité de l'appareil génital, au point de le rendre impropre au fonctionnement physiologique.

Dans ce cas minutieusement étudié se résume l'histoire naturelle en quelque sorte de l'infection par le *staphylococcus cereus albus*.

**143.— Salpingite et castration. Evacuation artificielle des collections enkystées de la trompe par la dilatation et le drainage de l'utérus.**

(*Soc. de Biologie*, 1889.)

(*Bull. de la Soc. Obstét.*, 1889, p. 21.)

Dans ce mémoire, qui résume et synthétise les idées exposées déjà en divers endroits sur ce sujet, l'auteur a cherché à établir que la guérison de la salpingite pouvait, dans nombre de cas, être obtenue par d'autres moyens que la castration dont on a, selon lui, beaucoup trop usé. Dans une note à la Société de Biologie, il a montré que l'évacuation des collections tubaires pouvait être réalisée par la dilatation large et permanente de la cavité utérine, combinée au raclage et au drainage de cette cavité.

Pour établir en principe la possibilité de l'évuacation de la trompe, il faut rappeler les faits suivants :

*a*) La distension fréquente du segment interne de la trompe, et de son orifice utérin, lorsqu'il existe un état inflammatoire chronique des parois tubaires, combiné à un exsudat enkysté dans sa portion moyenne et à l'occlusion du pavillon.

*b*) La possibilité de l'évacuation spontanée de ces sortes de collections liquides, soit au moment des règles, soit à l'occasion d'un traumatisme ou d'un ébranlement physique quelconque. Des tumeurs, regardées à tort comme des kystes ovariques destinés au couteau du chrirugien, ont disparu subitement, dans les quelques jours qui ont précédé la date fixée pour l'opération, et se sont liquidées en un écoulement abondant par les voies génitales externes.

c) Plus fréquemment encore, la trompe affectée de semblables processus, s'emplit et se vide alternativement, pendant des mois et des années, un flux subit et abondant marquant chaque période d'évacuation, (*hydrosalpinx profluens; vomiques tubaires*.)

d) Enfin, il est des gynécologues qui ont obtenu la guérison définitive, en évacuant par le vagin tantôt avec le bistouri tantôt avec l'électrolyse, ou le thermo-cautère, ou de gros trocarts, de prétendues hématocèles ou de prétendus phlegmons péri-utérins, qui n'étaient autre chose que des hémato-salpinx ou des pyo-salpinx.

e) Il en d'autres qui ont réussi, par la laparotomie et l'incision simple de la trompe, suivies de l'évacuation de son contenu et du drainage de sa cavité, après fixation des parois tubaires à la paroi abdominale.

On peut ajouter que, parmi les affections de la trompe, il en est de réellement *inflammatoires* et *septiques*, par conséquent liées à l'existence d'nn principe infectieux, dont la destruction intégrale est la condition *sine qua non* de la guérison : c'est le cas des salpingites blennorrhagiques, blennorrhéiques, puerpérales, septiques, etc.

Le début de la salpingite rappelle l'histoire de la pelvi-péritonite classique, avec ses divers degrés d'acuité.

A l'origine, c'est une inflammation diffuse du petit bassin, tantôt bilatérale d'emblée, plus souvent affectant successivement les annexes de chaque côté; exsudat massif, dans lequel les organes pelviens, ovaires, trompes, utérus, sont englobés, sans possibilité pour le clinicien de localiser une lésion : on observe des phénomènes généraux plus ou moins graves, et une réaction fébrile intense.

Aprés l'explosion aiguë, calme. Pour un certain nombre et c'est la minorité, récidives mensuelles et ordinairement menstruelles, phénomènes généraux réactionnels atténués; mais souvent et suivant le cas, phénomènes *objectifs*, en ce qui concerne surtout la trompe, *tumeur* et *douleur* augmentées.

A ce moment, le diagnostic circonstancié et localisé est possible avec un peu d'attention.

Dans ce cas, si l'infection reste permanente, dans les récidives, avec toute son acuité, la tumeur intra-tubaire sera purulente, *pyo-salpinx*; — sinon, l'inflammation, d'abord atténuée, puis éteinte de la muqueuse tubaire, pourra produire des exsudats presque inertes, ou tout à fait passifs quant à la virulence. Ce sera du sang (*hémato-salpinx*), si les altérations de la muqueuse portent surtout sur l'appareil vasculaire, et si les phénomènes congestifs prédominent.

Ce sera un liquide séro-sanguin ou séreux (*hydrosalpinx*) si les troubles secrétoires prédominent. Enfin, il n'est pas impossible qu'une collection intra-tubaire, purulente et septique à son début, perde cette virulence et son aspect purulen

avec le temps, comme certains abcès chroniques dont le contenu se réduit, à la longue, à une sérosité louche et dépourvue de formes.

De cet exposé, il résulte qu'une salpingite franchement aiguë, peut dégénérer en une lésion chronique, kyste purulent, séreux ou sanguin, tantôt *septique* et non susceptible de guérir par la simple évacuation, car cela se reproduira fatalement, tantôt *aseptique*, pouvant guérir par l'évacuation, suivie d'une hygiène bien entendue.

Le plus souvent, l'inflammation aigue de la trompe, est une affection simple, susceptible de guérir spontanément : mais certaines conditions spéciales peuvent entraîner sa permanence ou son passage à l'état chronique, avec cette forme récidivante qui fait le désespoir des malades, sans parler des formes dégénératives spécifiques, *primitives* ou *secondaires* à l'inflammation : tuberculo-papillome, cancer, syphilome, etc. Les causes les plus ordinaires et les plus immédiates de la rétention kystique des exsudats intra-tubaires dans la salpingite sont l'occlusion mécanique de l'oviducte ; du côté de l'utérus, ordinairement par des végétations fongueuses de la muqueuse utérine ou tubaire, et l'atrésie de l'utérus lui-même, due à une flexion spasmodique passagère, plus souvent à une flexion permanente de l'organe.

Cette évolution chronique n'est point la marche et la terminaison habituelle des pelvi-péritonites, et il faut bien dire que cette affection s'éteint le plus souvent, dans la plupart des lésions organiques élémentaires qui la constituent, avec le traitement antiphlogistique bien entendu et suffisamment prolongé. De cet ensemble, métrite, salpingite, ovarite, pelvi-péritonite, il ne reste, même dans les formes cliniques les plus caractérisées, après une ou deux récidives aux époques menstruelles les plus rapprochées du début, qu'un état morbide insignifiant, compatible avec un état de santé très suffisant. Seule la stérilité est à redouter, pour un temps plus ou moins long ou pour toujours, du fait de l'atrésie utérine par déviation (antéflexion ordinairement), ou du fait de l'atrésie et des déplacements de l'oviducte et de l'ovaire.

A côté de ces formes inflammatoires, véritables salpingites, qui dégénèrent en kystes tubaires ouverts ou fermés, il est d'autres variétés de collections enkystées de l'oviducte : ce sont d'abord les *kystes non septiques par rétention*, dus à des phénomènes purement *congestifs* (troubles menstruels, excès de coït, causes morales) — ou à des troubles *mécaniques* de *l'excrétion* — (spasmes survenant au cours de la période menstruelle par suite du froid, du coït, des émotions vives) — ou à l'action combinée de ces deux causes. On trouve alors dans la trompe, du sang et surtout dans le dernier cas, du liquide séro-sanguinolent ou de la sérosité pure, suivant la plus ou moins complète résorption des éléments colorants et plastiques du sang après l'enkystement, suivant la quantité de sérum épanché, l'état des épithéliums, leur habitude sécrétoire, etc.

La marche de ces variétés non septiques est plus bénigne encore, que celle des formes précédentes, et l'issue de la maladie doit être favorable, à moins qu'un élément inflammatoire réel, ne vienne s'adjoindre à la tumeur de cause mécanique.

Les statistiques sont d'accord avec la théorie pour montrer la vérité de la *pyosalpingite septique*, par rapport à l'*hydro* et à l'*hémato salpinx*.

Les cas de la rupture du pyo-salpinx dans le péritoine est excessivement rare, et dans le cas unique que l'auteur a pu observer il était difficile de démêler si une grossesse ectopique n'avait pas été le point de départ de la lésion suppurative.

Il conclut donc :

1° Que les moyens actifs ne doivent être mis en œuvre, dans le cas de *salpingite aiguë et récente*, qu'après une expectation de plusieurs mois, à la suite de laquelle la permanence d'une tumeur tubaire sujette à des poussées inflammatoires périodiques ou irrégulières sera nettement démontrée.

2° L'ablation des annexes ne doit être mise en ligne de compte que lorsque les moyens actifs, mais conservateurs, auront échoué.

3° L'évacuation artificielle de la poche suffit à la guérison de la plupart des formes de kyste tubaire.

La deuxième partie du mémoire comprend l'exposé d'une méthode de traitement : elle se résume en trois points.

1° *Dilatation* permanente, lente et progressivement augmentée, de la cavité utérine. On l'obtient en quelques jours par l'emploi des tiges de laminaire, suivi de celui des éponges préparées, désinfectées selon notre méthode et enduites d'axonge au sublimé à 1/1000.

2° *Curage* très méticuleux des angles tubaires de la cavité utérine, de la région de l'orifice interne, si, comme cela est fréquent, il existe une flexion : l'existence de productions fongueuses à ce niveau a le plus fâcheux résultat, car elles constituent un des éléments pathogéniques des collections enkystées de la trompe, par l'atrésie totale ou partielle qu'elles produisent au niveau des orifices. Le curage est naturellement accompagné du cortège de précautions nécessaires (irrigations, écouvillonnage).

3° *Drainage* de la cavité utérine au moyen d'un tassement abondant, dans l'utérus, de lanières de gaze iodoformée enduites de glycérine. Ce drainage doit être renouvelé tous les jours ou au mininum tous les deux jours, jusqu'à ce que l'examen bimanuel ait montré que la tumeur pelvienne a disparu : le retour de l'utérus à l'état normal sera réalisé progressivement et sans secousse.

Le succès de la méthode est assuré par les précautions prises, ensuite par la malade (repos, séjour au lit au moment du retour des premières règles).

Pour expliquer le mécanisme de l'évacuation des collections tubairespar cette méthode, l'auteur est obligé d'admettre que la dilatation a diminué la résistance dessphincters des trompes (ostium uterinum); d'autre part, la différence de pression existant entre la cavité utérine distendue et celle de la trompe n'est pas sans jouer un certain rôle. Enfin, l'aspiration par l'éponge et la gaze peut avoir une certaine importance. Cette explication du phénomène est hypothétique, mais ce qui importe ce sont les résultats : or, ils sont ici indéniables.

*N. B.* — Opinion conforme du professeur Trélat, de Filkenstein, de Walton, Mangin, etc., appuyée sur des faits d'observation qui ont confirmé la réalité de la disparition de certains exsudats pelviens à la suite de la thérapeutique intra-utérine.

**144. — Diagnostic différentiel de l'oophoro-salpingite en particulier avec l'entérocèle adhésive.**

(*Nouv. Arch. Obstét. et Gynéc.*, 1889, p. 353.)

Le diagnostic précis de certaines affections abdominales est parfois malaisé et la confusion a été faite entre les exsudats inflammatoires chroniques, de consistance dure, et les néoplasmes fibreux péri-utérins.

La méprise est encore facile sur la nature et le siège de certains kystes qui sont pris pour des collections tubaires ou ovariques, alors qu'en réalité la collection est localisée dans l'épaisseur de néo-membranes péri-utérines, en dehors de la trompe et de l'ovaire et qu'il s'agit d'une hydropisie enkystée du bassin proprement dite.

L'auteur insiste surtout sur la distinction entre une trompe dilatée, déformée, prolabée et adhérente... et une ou plusieurs anses intestinales retenues captives dans le cul-de-sac postérieur du bassin par des adhérences pseudo-membraneuses, en un mot *l'entérocèle adhésive* du petit bassin. Il relate deux faits très probants à cet égard. La laparotomie a permis de relever l'erreur.

**145. — Difficultés du diagnostic de l'appendicite chez la femme.**

(*Soc. Obstét. et Gynéc.*, 15 avril, 1897.)

L'auteur a appelé l'attention sur le *siège exact* de la tuméfaction constatée : les annexites sont essentiellement des affections pelviennes et restent pelviennes tant qu'il s'agit de femmes nullipares.

Les appendicites sont des affections abdominales.

Le diagnostic est difficile dans le cas d'annexite existant antérieurement à droite et ayant établi des adhérences permanentes au niveau de l'appendice; mais dans ce cas, il ne peut s'agir que de femmes ayant accouché ou avorté et ayant présenté de l'infection précoce, dans les premiers jours du *post-partum*, alors que l'utérus étant haut situé, les annexes droites ont pu être touchées et avoir contracté des adhérences dans l'hypograstre. Ce commémoratif sera précieux pour le diagnostic différentiel.

L'existence de la membrane hyménéale doit éloigner l'idée d'inflammation annexielle et faire songer uniquement à l'appendicite, quand les symptômes principaux de cette affection sont constatés.

### 146. — Diagnostic différentiel de l'appendicite et de l'annexite.

(*Soc. Obstét. et Gynéc.*, 1898.)

Deux caractères symptomatiques peuvent faire préciser la maladie : le *début* et le *siège*.

La salpingite est une affection pelvienne, sauf dans les cas où d'anciennes adhérences retiennent la trompe en haut; et, dans ces cas, on peut être instruit par le commémoratif d'une atteinte antérieure d'annexite qui a dû se développer concurremment avec l'état puerpéral. Ainsi le diagnostic ne sera pas difficile chez les vierges.

L'appendicite est une affection iliaque, ce sont les phénomènes propres aux affections du tube digestif qui dominent la scène et marquent le premier début des accidents. On ne peut pas toujours se baser sur les caractères de la douleur ni sur son siège, et la confusion pourrait être possible chez certaines femmes nerveuses. Ce n'est qu'à la phase aiguë du début qu'on pourrait confondre les deux maladies.

Quand cette phase est passée, les symptômes propres à chaque affection sont caractéristiques. Dans l'annexite, on n'observe pas les accidents foudroyants caractéristiques de la perforation brusque de l'appendice.

L'auteur rapporte ensuite une observation personnelle où le diagnostic différentiel entre annexite et appendicite fut difficile. Examinée par plusieurs médecins étrangers, la lésion fut rapportée à une appendicite. Elle fut soumise plus tard à l'examen de l'auteur qui diagnostiqua une annexite. La laparotomie pratiquée à toute éventualité et réclamée par la malade qui croyait à une appendicite et redoutait une nouvelle crise, montra un appendice sain, dégagé de toute adhérence et les annexes malades à droite, la trompe allongée, vascularisée, l'ovaire gros comme un œuf de pigeon, accolé et adhérent à la face postérieure du ligament large, scléreux.

**147. — Appendicite mortelle à la suite d'une hystérectomie vaginale.**

(*Semaine médicale*, avril, 1899.)

Diverses complications peuvent survenir à la suite d'une laparotomie ou d'une opération équivalente pratiquée par la voie vaginale. Dans un cas particulier observé récemment, il s'agissait d'une femme âgée de cinquante ans, d'aspect débile qui depuis un an souffrait de pertes sanguines incessantes, abondantes. Elles se sont compliquées il y a cinq ou six mois de douleurs assez vives et intermittentes, sans localisation précise, sous forme de coliques.

L'état général s'altéra visiblement vers la même époque, la malade ressentit un certain nombre de troubles gastro-intestinaux. Bientôt les pertes sanguines firent place à une abondante suppuration, jaunâtre, sans fétidité, le pus provenant du vagin dont la paroi était par places dépouillée de son épithélium. Le toucher dénote un utérus volumineux, peu mobile. L'hystéromètre montre une cavité de 10 centimètres. Il s'écoule un peu de sang mélangé de grumeaux purulents épais, sans odeur bien marquée. On fit la dilatation intra-utérine et la curette ramena, au milieu de détritus désagrégés et puriformes, des débris grisâtres, friables, ayant l'apparence de végétations néoplasiques malignes.

L'opération fut pratiquée, elle fut assez difficile et permit de constater de gros nodules fibromateux dans le ligament large droit et l'épaisseur de la paroi utérine. Les jours qui suivirent l'opération ne furent marqués par aucun phénomène morbide bien saillant. Seule existait une fréquence extrême et de la petitesse du pouls. La malade succomba dans la nuit du sixième au septième jour et l'autopsie montra des fausses membranes, autour du cœcum et de l'appendice qui était sphacélé et perforé.

**148. — La voie vaginale, à propos de l'hystérectomie vaginale dans les inflammations pelviennes.**

(*Nouv. Arch. d'Obstét. et de Gynéc.*, juillet, 1891.)

Dans la première partie de ce mémoire, l'auteur indique les avantages et les indications de l'accès de l'utérus par la voie vaginale et fait connaître les cas qui lui paraissent les plus favorables, tels que le cancer du col utérin, les myomes sous-muqueux ou pédiculés dans la cavité utérine, interstitiels, les kystes séreux et sanguins aseptiques des annexes, les kystes purulents qui sont susceptibles de guérir par l'incision vaginale. Suit le compte rendu du mémoire de M. Segond

sur l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes, le résumé des principales opinions émises par MM. Bouilly, Richelot, Bazy, Terrillon, Routier, Lucas-Championnière, Terrier, Reynier, Pozzi et l'analyse du mémoire de M. Pozzi sur le traitement des suppurations pelviennes et des lésions inflammatoires des annexes, par l'hystérectomie vaginale.

En dernier lieu, l'auteur mentionne l'opinion de M. Reclus.

Dans la deuxième partie, il fait la critique générale de la discussion. Il rappelle l'opinion des vieux maîtres sur les suppurations pelviennes, et celle plus récente de Terrillon et Reclus. Avant d'opérer, il faut tenir comptes de certaines considérations importantes.

L'opportunité opératoire, en général, doit être basée sur l'âge et l'allure de la maladie.

Un chapitre particulier traite des indications opératoires dans la *paramétrite*, désignant par ce mot toutes les collections purulentes situées au-dessous du péritoine. Lorsqu'il s'agit de cavités abcédées, circonscrites, du tissu cellulaire pelvien (processus lent), ouvrir ces abcès par le vagin, c'est diriger favorablement la voie d'évacuation qui autrement peut se faire vers l'abdomen, la racine de la cuisse, la fesse ou dans les viscères creux du bassin. Lorsqu'il s'agit de l'infiltration phlegmoneuse du parametrium (processus rapide), quoiqu'on fasse, à moins d'évider la cavité pelvienne, veines et lymphatiques y compris, on opère sans la certitude d'un résultat utile.

Abordant ensuite la question de l'opportunité opératoire dans la périmétrite ou pelvi-péritonite, suppurée ou non suppurée (annexite), l'auteur est d'avis qu'il faut savoir attendre. Il faut temporiser en s'aidant des bains, des vésicatoires, des révulsifs jusqu'à ce que l'exsudat séro-fibrineux ou fibrino-purulent soit transformé en une néo-membrane filamenteuse organisée. S'il sait choisir son moment, le gynécologue n'aura jamais ou presque jamais besoin de faire l'hystérectomie.

Un chapitre est consacré à l'indication opératoire d'après la *nature du processus*. Il établit que la pyosalpingite est rare, qu'une collection purulente du volume du poing est susceptible de se réduire très rapidement ou à la longue à des proportions infinies, qu'un certain nombre de kystes purulents se transforment en kystes séreux frustes de tout germe pyogène actif, surtout lorsqu'il s'agit de la suppuration par un staphylocoque, au streptocoque atténué ou le micrococcus tenuis; que les abcès péritubaires sont exceptionnels. On rencontre assez fréquemment la suppuration de l'ovaire communiquant ou ayant communiqué avec la trompe. Il conclut que ces abcès pelviens, cette éponge imprégnée de pus, sont de ces formules vagues que les faits ne justifient pas assez, pour qu'on en fasse la base exclusive d'un système opératoire et la justification de l'hystérectomie vaginale.

Dans une dernière partie, l'auteur envisage l'importance du *siège* des lésions pour le choix de l'opération et le manuel opératoire.

Il admet que le siège des lésions est très variable et en rapport avec la cause même de la maladie. Dans la blennorrhagie, les annexes restent en place. Dans l'infection puerpérale, si le processus morbide intervient au moment où l'utérus est encore haut, l'ovaire et la trompe atteints les premiers se fixent là où ils se trouvent, c'est-à-dire haut dans l'abdomen. Dans la fausse couche, le siège est variable, de même que dans les déviations utérines. Il faut tenir grand compte de la notion du siège des organes, ar il n'est pas démontré que l'ablation de l'utérus, lorsqu'on laisse en place la trompe, l'ovaire surtout, soit un procédé de traitement absolument radical.

L'auteur fait ensuite la critique des arguments émis contre la laparotomie, qui reposent sur ces deux principes : 1° l'ablation des annexes ne met pas à l'abri des accidents utérins et péri-utérins ultérieurs, puisque l'utérus, foyer générateur de ces accidents, reste en place ; 2° les lésions bilatérales des annexes, entraînent fatalement la stérilité, il n'y a aucun inconvénient à sacrifier l'utérus.

Rappelant la distinction légitime des annexites en non-suppuratives et suppuratives, l'auteur conclut à la non-intervention dans le premier cas. Dans les formes suppuratives d'origine quelconque, blennorrhagique, puerpérale ou banale, qu'il y ait des adhérences où qu'il n'y en ait pas, il préfère la laparotomie à l'hystérectomie vaginale.

Envisageant la question de l'opération elle-même, il montre que l'hystérectomie vaginale facile dans certains cas, est d'autres fois d'une difficulté insurmontable. Il lui préfère la laparotomie, réservant l'opération vaginale pour quelques cas très limités.

Le principal tort de l'hystérectomie, c'est de préjuger de la plus ou moins grande gravité des lésions annexielles, et de priver l'opérateur du contrôle d'un examen direct qui permet de limiter les sacrifices. Une fois l'utérus entamé, le sacrifice radical est en quelque sorte irrémédiablement décidé.

**149. — De la thérapeutique conservatrice dans la salpingo-ovarite.**

(*Nouv. Arch. d'Obstét. et de Gynéc.*, 1891-1892.)

L'auteur est depuis longtemps partisan des méthodes conservatrices. Le plus grand obstacle aux progrès de la gynécologie moderne réside dans la tendance générale à substituer les procédés de destruction aux procédés conservateurs. Il ne faut pas oublier les discussions auxquelles a donné lieu l'hystérectomie. Cette intervention ne s'est pas montrée jusqu'ici exempte de dangers. Elle comporte des accidents et des échecs. Ces

accidents sont la mort par hémorrhagie, les fistules vésicales, le pincement et l'ouverture de l'uretère, les perforations de l'intestin, la possibilité de laisser dans le bassin des poches de pus, malgré toute l'attention et les efforts de l'opérateur. On s'est trop pressé de proclamer sa supériorité. Les statistiques plus complètes et plus détaillées, mieux sériées, sont nécessaires pour le juger.

En matière de traitement gynécologique, on doit placer avant tout, celui qui va droit au but, et qui est la réponse logique à la maladie. L'idéal, en gynécologie, basé sur les notions de la physiologie et de l'anatomie pathologique est la guérison intégrale des lésions, alliée à la conservation de la fonction ou à sa restauration. Il y a plus de satisfaction et de mérite à guérir une salpingo-ovarite par les moyens conservateurs qu'à pratiquer brillamment dix grandes mutilations.

L'auteur est partisan de la gynécologie chirurgicale, à condition qu'elle soit mesurée et conservatrice. Il croit que si le curettage représente un des éléments les plus précieux de la thérapeutique intra-uterine, c'est la dilatation répétée surtout et le drainage quelquefois complété par l'ablation de la muqueuse et des portions malades du stroma-cervical qui représentent les éléments les plus efficaces du traitement des lésions ovaro-salpingitiques. Dans les cas de périmétrite *aiguë*, banale, blennorrhagique ou puerpérale, la question d'intervention chirurgicale *hâtive* n'a pas souvent lieu de se poser.

Dans le cas d'inflammations ovaro-salpingitiques *chroniques*, lorsque la thérapeutique intra-utérine, poussée à ses dernières limites et suivant les procédés patients et prolongés, a échoué, l'opération radicale s'impose.

Suivent vingt-cinq observations detaillées de malades qu'il a soumises à un traitement intra-utérin prolongé et chez lesquelles la guérison est restée confirmée au bout de plusieurs années. Ces observations relatent la disparition rapide et spontanée de tumeurs pelviennes dues à des exsudats séreux ou sous-séreux, la guérison spontanée et définitive de la salpingo-ovarite avérée post-partum et post-abortum, la guérison spontanée de la salpingo-ovarite gonorrhéique, la grossesse consécutive à une salpingo-ovarite traitée et guérie.

La technique du traitement doit comprendre la dilatation de l'utérus, progressive, prolongée, répétée et aussi exagérée que possible; le curettage du corps de la matrice et l'abrasion de la muqueuse cervicale si elle est malade ; le drainage longtemps prolongé de l'utérus.

Dans la mise en œuvre de ces procédés, il faudra se baser sur les apparences et l'examen physique. On pourra ainsi être amené à constater certaines dissemblances entre les cas, suivant le siège de la lésion, suivant la cause de la maladie.

La dilatation paraît comporter plusieurs éléments d'action : 1° l'aspiration des exsudats liquides intra-tubaires (hypothétique et rare); 2° le rétablissement

de la circulation normale dans la région génitale ; 3° la dissociation lente des exsudats organisés, la distension et le brisement des adhérences ; 4° la résorption des exsudats liquides péri-annexiels récents.

### 150. — Effets de la dilatation utérine sur les lésions annexielles chroniques.

(*Soc. Obstét. et Gynéc.*, 1895.)

En dehors de l'action directe que la dilatation est censée exercer sur certaines collections liquides enkystées de la trompe, mécanisme développé ailleurs, il existe une deuxième interprétation hypothétique de l'emploi favorable de la dilatation dans un grand nombre de cas d'annexites chroniques. Ce mécanisme veut être expliqué. Si l'on dilate un utérus de dimensions normales avoisiné par des exsudats péri-annexiels, on augmente nécessairement son volume en largeur et en longueur. L'organe peut aussi atteindre des proportions triples et quadruples de la normale. Ce phénomène ne s'accomplit point sans un déplacement proportionnel de tous les tissus qui sont en contact ou en connexion avec l'utérus. Les adhérences sont tiraillées, les tissus pathologiques qui l'entourent sont mobilisés, les annexes se libèrent et se séparent des exsudats qui les retiennent captives. Les collections péri-annexielles sont susceptibles de se résorber. C'est là, non point un massage comme on l'a fait dire à tort à l'auteur, mais une action thérapeutique qui se peut comparer dans une certaine mesure avec les effets du massage génital, avec cette différence qu'elle est plus douce, plus lente, plus mesurée et point nocive.

### 151. — Des dangers et des difficultés de l'application du traitement conservateur par la thérapeutique intra-utérine, dans les lésions annexielles.

(*Soc. Obstét. et Gynéc.*, 1895.)

Les dangers et les accidents causés par le traitement intra-utérin relatés dans les diverses statistiques des auteurs : aggravation des lésions, mort; inconvénients sérieux : douleur ; inefficacité pour cause d'impossibilité matérielle d'obtenir une dilatation complète de l'utérus entier, de la cavité du corps surtout, sont, pour la plupart, la conséquence de la technique défectueuse, ou de l'imprudence des opérateurs. Il y a témérité à appliquer la méthode si l'on n'adopte les préceptes suivants : 1° n'opérer que des cas chroniques ; 2° ne point agir en cas de paramétrite douloureuse et récente ; savoir attendre la période de la torpidité ; 3° opérer après les règles ; 4° se défier des névropathies, qui sont toujours des sujets à surprise, quand il s'agit de chirurgie pelvi-abdominale.

Il ne faut pas tenir grand compte de l'intolérance des malades, de la durée

du traitement, de la plus ou moins grande intensité de la douleur, provoquée par la dilatation qui est un phénoméne très variable.

Il importe surtout de s'aider des antispasmodiques locaux et généraux pour en faciliter la tolérance.

### 152. — Le traitement des suppurations pelviennes.

(*Congrès de gynécologie de Genève*, août 1896.)

L'auteur analyse les communications et la discussion; il émet son opinion basée sur ses observations personnelles en ce qui concerne les opérations radicales.

Ce qui caractérise essentiellement l'évolution de la question, c'est en quelque sorte un retour en arrière. Les gynécologues commencent à remonter une pente qui avait été descendue avec une rapidité vertigineuse. Ce pas en arrière, qu'on doit considérer comme un réel progrès, est marqué par l'adoption plus générale de l'incision large du cul-de-sac vaginal postérieur ou du cul-de-sac antérieur, la première de ces opérations constituant d'ailleurs une bien ancienne méthode qui n'a jamais été abandonnée au travers des entraînements excessifs vers des méthodes plus nouvelles.

Le deuxième point acquis, c'est la tendance conservatrice qui se déduit de la constatation précédente et sur la nécessité de laquelle la plupart des orateurs ont insisté avec raison. Cette tendance est d'ailleurs logique : fatalement elle devait trouver son heure, et maintenant elle ne peut que s'affirmer chaque jour davantage.

Sauf réserve, dans des cas très nets que le clinicien rencontre de temps à autre, en dépit de la théorie et sur le terrain de la pratique, le traitement des suppurations pelviennes se confond avec le traitement des inflammations pelviennes.

Ce traitement doit être variable suivant les cas, il doit procéder suivant les régles générales et absolues de la thérapeutique, du simple au composé, des procédés bénins et conservateurs aux procédés de destruction.

La conservation de la fonction par la conservation des organes prime toute la thérapeutique gynécologique.

Un diagnostic certain étant souvent impossible, le pronostic étant encore mal éclairci et souvent faussé par un appareil symptomatique exagéré, il vaut mieux avoir recours à la méthode empirique des essais successifs.

Il faut renoncer aux opérations radicales d'emblée, effectuées sans traitement conservateur préalable. Ce dernier comprendra toutes les méthodes opératoires de la plus simple à la plus compliquée.

L'hystérectomie abdominale est préférable à l'hystérectomie vaginale. La colpotomie postérieure, ou l'antérieure, (opération plus récente) peuvent donner de bons résultats.

# DÉVIATIONS UTÉRINES

Cette question aussi importante qu'elle est complexe a suscité à l'auteur une série de travaux qui s'enchaînent les uns aux autres et forment un ensemble d'études où sont abordés successivement l'étiologie, le mécanisme, les symptômes et le traitement des principales déviations de l'utérus et des lésions qui les accompagnent habituellement.

### 153. — Recherches anatomiques et opératoires à propos du raccourcissement des ligaments ronds.

(*Union médicale*, 24 *novembre* 1885.)

A la suite d'une série de recherches cadavériques faites en collaboration avec M. Ricard, prof. agr., l'auteur signale quelques points intéressants d'anatomie, et met en relief la difficulté que l'on éprouve parfois à découvrir l'extrémité inguino-pubienne du ligament rond. Cette considération motive ses réserves, quant à l'opération préconisée par Alexander de Liverpool, contre la rétroversion et le prolapsus utérin.

### 154. — Nouvelles études anatomiques sur l'opération d'Alexander.

(En collaboration avec M. Ricard.)

(*Union médicale*, 29 *décembre* 1885.)

Après de nouvelles études et des recherches cadavériques plus nombreuses, l'auteur revient sur certaines appréciations exposées dans le travail précédent pour en atténuer la portée. Au lieu d'étudier les dispositions anatomiques des ligaments ronds, sur des cadavres injectés et déjà anciens, comme dans ses premières investigations, l'auteur a disséqué des cadavres frais et a pu se convaincre de la possibilité de découvrir méthodiquement l'extrémité inguinale de ces ligaments. Il suit de ce résultat que l'opération sur le vivant se montre pratiquement exécutable, sans qu'on puisse toutefois préjuger de son efficacité.

**155. — Traitement opératoire du prolapsus utérin par l'association de la colpopérinéorrhaphie et du raccourcissement des ligaments ronds.**

(*Gazette médicale*, avril 1886.)

(*Nouv. Arch. de Gynéc.*, 1886, p. 350.)

Exposé d'une méthode opératoire destinée à remédier efficacement aux déplacements de l'utérus. Frappé de quelques insuccès à la suite du raccourcissement des ligaments ronds exécuté isolément, et attribuant ces insuccès à ce que, si l'utérus a pu être solidement fixé, le plancher pelvien n'a pas été rétabli dans ses conditions normales, l'auteur propose de combiner l'opération d'Alexander avec la réfection plastique du vagin et du périnée (colpopérinéorrhaphie).

On procédera au raccourcissement d'un seul ou des deux ligaments ronds, sur une étendue d'au moins 8 à 10 centimètres, après avoir préalablement restauré le périnée et les parois vaginales. Les deux interventions seront faites dans une seule et même séance opératoire. Il sera préférable de raccourcir les deux ligaments. L'utérus sera soutenu par un tamponnement à la gaze iodoformée qui constituera en même temps un pansement des plaies suturées du vagin. Une fois a réunion obtenue, on pourra remplacer le tamponnement par un pessaire temporaire.

Suit l'observation d'une malade opérée suivant les principes ci-dessus, le 4 mars 1886. Guérison parfaite. L'opérée, redevenue enceinte dans la suite, a accouché normalement et sans difficultés.

**156. — De l'opération du raccourcissement des ligaments ronds.**

(*Nouv. Arch. de Gynéc. et d'Obstét.*, 1886.)

Ce mémoire développe, en 70 pages de texte, l'historique complet de l'opération du raccourcissement des ligaments ronds, avec la relation statistique de cent cinquante observations relevées dans la littérature étrangère.

Le véritable promoteur de l'idée de cette opération est Alquié, de Montpellier. Celui qui l'a exécutée heureusement le premier et qui a le mieux exposé le manuel opératoire, ainsi que les principes physiologiques capables de justifier l'intervention, est Alexander de Liverpool. On peut accorder une part de priorité à Adams de Glascow, qui a collaboré à l'exécution de cette opération.

Chacun des cas de la statistique est soumis à une critique soigneuse. Les

résultats opératoires et thérapeutiques, les difficultés, les accidents et les échecs de l'opération y sont notés rigoureusement.

L'auteur déduit en terminant les indications et les contre-indications de l'intervention opératoire.

**157. — Combinaisons variées et résultats de l'opération d'Alexander.**

(*Société de Méd. de Paris*, 14 mai 1887.)

(*Union médicale*, 11 juin 1887, p. 892.)

Ce travail met en relief les deux données vraiment originales qui dominent les études de l'auteur sur la question, à savoir :

1° *La conception anatomique d'un plancher pelvien double, constitué par deux diaphragmes superposés.*

Cette vue, non point philosophique mais réelle, anatomiquement parlant si l'on conçoit le plancher pelvien à l'état de fonctionnement, a été d'une très grande utilité à l'auteur pour lui permettre d'élucider certains points de la pathogénie des déviations.

2° *La thérapeutique intégrale et combinée des lésions pathologiques.*

A cette époque, nul ne songeait à cette pratique qui a fini par devenir, pour beaucoup de gynécologues, une nécessité évidente. La substitution d'un procédé à un autre, l'essai d'une foule d'opérations différentes dominait le traitement chirurgical des déviations utérines, et la combinaison logique d'opérations destinées à réparer des désordres complexes, autant qu'à en empêcher le retour par la destruction des tissus ou des foyers morbides, ne préoccupait pas les praticiens.

Le mémoire débute par l'exposé des mouvements transmis et des déplacements physiologiques de l'utérus ; le rôle des ligaments ; la déformation et l'affaissement des parois vaginales. La conclusion est la nécessité de corriger chacune des anomalies par une intervention appropriée.

L'auteur expose ensuite le mécanisme des lésions subies par l'appareil suspenseur de l'utérus (ligaments), et l'appareil de soutien (planchers périnéal et pelvien). Ces deux appareils distendus, aplatis et rapprochés au cours du travail de l'accouchement, constituent alors deux diaphragmes superposés qui sont traversés successivement par la tête fœtale. A chacune des deux étapes de cette traversée, chacun des diaphragmes peut être distendu, ou déchiré, au point de perdre partiellement ou totalement sa fonction.

La lésion de l'un ou de l'autre peut se produire d'une façon indépendante ; elle peut se produire aussi simultanément. Cela explique l'existence de dévia-

tions utérines, sans colpocèle, et celle de colpocèle, sans déviations marquées de la matrice.

Grâce à cette façon de décomposer la texture du plancher pelvien, la lésion de chacun de ces éléments se peut analyser et dissoudre avec profit.

Dans un paragraphe spécial, sont étudiés le manuel, les dangers et les difficultés du traitement opératoire combiné. Aucune objection sérieuse ne saurait lui être faite. Sa logique repose sur la multiplicité habituelle des conditions morbides qui se retrouve dans chaque cas clinique, et sur la nécessité corrélative d'une thérapeutique complexe comme les conditions morbides elles-mêmes.

Le raccourcissement des ligaments ronds, qui a réalisé l'opération destinée à fixer l'utérus en bonne position, doit se compléter par la réfection plastique du vagin, du périnée, la restauration du col utérin s'il a été déchiré lui-même, etc. A chaque cas, une série de combinaisons spéciales suivant les lésions, doit nécessairement correspondre.

### 158. — Pathogénie et traitement des flexions de l'utérus principalement au point de vue de la stérilité féminine.

(*Soc. Obstét. et Gynéc.*, 1887.)

L'antéflexion exagérée de l'utérus tient plutôt à une altération de structure qu'à un trouble mécanique. Elle débute parfois par une paramétrite en contiguité avec le tissu utérin.

Chez les nullipares. elle procède de l'endométrite cervicale et coïncide avec l'affaiblissement et l'allongement de l'isthme utérin qui est la charnière de l'organe et le pivot de la flexion normale.

L'antéflexion aiguë coïncide souvent avec l'antéversion exagérée.

Au point de vue anatomo-pathologique, la flexion pivote autour de l'éperon qui forme le sommet de l'angle de flexion siége d'un processus tantôt scléreux, tantôt atrophique.

La symptomatologie réside dans les troubles fonctionnels atrésiques, et la douleur spéciale affectant parfois la forme d'épreintes utérines.

La rétroflexion se lie trop intimement avec la rétroversion pour être étudiée à part.

Les latéro-flexions sont des déviations deutéropathiques.

Le traitement consiste dans la dilatation progressive, lente et répétée, l'abrasion des tissus scléreux et de la muqueuse bourgeonnante de l'angle de flexion, — et une colporrhaphie précervicale destinée à tendre la paroi anté-

rieure du vagin, de façon à empêcher l'utérus de retomber en avant sur cette paroi affaiblie.

La rétroflexion comportera, en outre, le raccourcissement des ligaments ronds.

## 159. — Aperçu général sur la statique pelvienne normale. — Opérations combinées pour remédier aux déviations utérines.

(*Société de Gynécologie américaine*, 14 septembre 1887.)

(*Transact. of Am. Gyn. Soc.*, 1887, p. 488.)

Étude rapide de la pression abdominale et du mécanisme de sa transmission verticale aux viscères pelviens.

Considérations sur le type respiratoire costo-supérieur de la femme qui atténue la pression, — et sur la disposition oblique de l'axe pelvien qui la dirige sur la face postérieure de l'utérus. — Rôle de la vessie comme soutien de l'utérus; solidarité fonctionnelle des deux organes.

Jeu synergique des ligaments ronds et des ligaments utéro-sacrés.

L'indication générale consiste : 1° à restaurer la forme et la structure de l'utérus; 2° restituer aux ligaments leurs conditions de jeu efficaces; 3° rendre au corps musculaire du bassin sa résistance.

*Rétroversion.* — Elle est isolée; combinée à la flexion; compliquée de l'affaissement du plancher pelvien, colpocèle; de prolapsus; compliquée de lacération du col utérin, du périnée; de métrite du col, d'endométrite, d'annexite.

Suivent 21 observations très détaillées dans lesquelles les séries opératoires ont été complètes, comprenant jusqu'à 5 actes chirurgicaux distincts : curettage — Schrœder ou Emmet. — colporrhaphie antérieure — colpopérinéorrhaphie — raccourcissement des ligaments ronds.

Sur ces 21 cas, 2 résultats incomplets, la combinaison opératoire ayant été insuffisante — 1 cas avec insuccès primitif et succès tardif, — un échec dans la recherche des ligaments.

Un seul accident : paramétrite exacerbée. Mortalité nulle. L'auteur conclut que cette première série lui donne le droit de considérer sa méthode comme bonne. La discussion à laquelle ont pris part Martin (de Berlin), Reid (de Glascow), Marion Sims, Lusk, Lee (de New-York), Kelly et Goodel (de Philadelphie), etc., a été favorable aux conclusions de l'auteur.

**160. — Traitement des déplacements utérins. — Combinaison des opérations plastiques avec le raccourcissement des ligaments ronds. — Étude basée sur trente cas.**

(*Congrès français de chirurgie*, mars 1888.)

Les conditions d'équilibre physiologique de l'utérus sont au nombre de trois : 1° appareil de suspension, ligaments de l'utérus et adhérences de cet organe à la vessie; 2° l'appareil de support, parois fibreuses et musculaires du bassin; 3° la musculature, la substance même de l'utérus. Qu'un ou plusieurs de es trois éléments viennent à être modifiés, affaiblis ou détruits, on peut voir se produire une déviation.

A ces causes multiples doivent correspondre des traitements multiples. Une opération sur le vagin ne saurait rectifier une position vicieuse de l'utérus. Le raccourcissement des ligaments ronds suspend moins l'utérus qu'il ne l'assujettit dans sa solidité normale avec la vessie.

Les opérations réclamées par les cas les plus complexes sont facilement praticables dans une séance d'une heure à une heure un quart.

Trente observations confirment la valeur de la méthode exposée.

**161. — Statique utérine et plancher pelvien; type respiratoire de la femme; corset** : Étude anatomique et physiologique.

(*Nouv. Arch.*, 1890, p. 667.)

Ce mémoire se compose de deux parties :

Dans la première, sont mis en relief le mode d'action des moyens de fixité de l'utérus en avant et en arrière, autrement dit le rôle des ligaments ronds et des ligaments utéro-sacrés. L'équilibre de l'utérus au milieu des intestins sans cesse en mouvement, de la vessie alternativement vide et pleine et entraînant chaque fois la matrice dans les déplacements de sa paroi postérieure, — est véritablement un équilibre instable, mais restant contenu dans des limites très restreintes, grâce au jeu de ses moyens de fixation et grâce à l'antagonisme bien réglé des forces qui le transportent alternativement d'un côté, puis de l'autre : c'est ainsi que l'action des ligaments ronds se fait sentir pendant le mouvement de rétrodéviation qu'entraîne la réplétion vésicale ; l'équilibre est réalisé par la poussée du col en arrière, grâce à l'ampliation du bas-fond vésical, et à la tonicité des ligaments utéro-sacrés : d'autre part l'excès dans cette nouvelle direction est limité par la résistance active des ligaments antérieurs utéro-pelviens.

La deuxième partie du mémoire est consacré à l'étude anatomique et physiologique du plancher pelvien considéré dans son ensemble.

On constate, entre autres faits, qu'à l'état de repos, la vessie, l'utérus, le rectum, seuls organes faisant saillie sur le bas-fond de l'excavation pelvienne, sont repliés à angle très aigu sur leur conduit d'abouchement avec le dehors (urèthre, vagin, ampoule rectale), condition favorable à la résistance du plancher, la pression qu'il subit de haut en bas, tendant alors à glisser vers le fond du cône creux que représente l'excavation : ce fond est le cul-de sac de Douglas.

C'est donc lui l'aboutissant des pressions transmises par la masse des intestins : or, au point de vue anatomique, on trouve, au fond du cul-de-sac, le péritoine doublé d'un fascia et sous-tendu par les ligaments utéro-sacrés. Cette conclusion a une portée considérable pour l'étude du prolapsus isolé de la cloison recto-vaginale, et surtout pour l'interprétation des colpocèles postérieures qui accompagnent souvent le prolapsus utérin.

Etudiant ensuite le mode d'action de la pression intestinale, il convient d'abord de faire ressortir qu'elle varie avec l'âge. Par l'examen de nombreux bassins de petites filles à l'hôpital des enfants, l'auteur a pu constater qu'avant la puberté, l'axe de la cavité générale du corps est presque vertical. La pression intestinale porte alors directement sans atténuation, sur le plancher pelvien et sur les organes inclus dans son épaisseur ; mais l'inconvénient est minime, au point de vue de l'utérus, qui, physiologiquement, n'existe pas encore.

A la puberté l'ensellure lombaire se dessine et le cylindre que représentait la cavité générale abdomino-pelvienne, s'étrangle au niveau du promontoire comme le ferait un sablier coudé. La transmission des pressions est alors notablement atténuée, condition des plus heureuses pour la protection du plancher qui renferme maintenant un utérus développé et fonctionnant, plus dangereusement vulnérable.

Cette atténuation vient d'abord de ce que la brisure de l'axe du corps amène la décomposition de la force verticale propagée suivant l'axe du cône supérieur (vertical) du sablier, et en envoie une partie se perdre dans le prolongement de cet axe sur la symphyse.

Le port d'un *corset* modérément serré, habitude tellement ancienne chez les femmes, qu'on aurait mauvaise grâce à ne pas en voir l'origine dans un besoin physiologique, fournit encore un moyen d'atténuation des pressions verticales, en formant un second diaphragme sur lequel s'égare latéralement une partie des pressions résultant de la décomposition de la force verticale venue se heurter sur lui.

Enfin, une dernière cause de diminution de la pression abdominale à la puberté résulte de la modification apparue, à ce moment du type respiratoire, de la femme : celui-ci — que la femme porte un corset ou non — devient costo-verté-

bral, condition qui réalise le minimum de travail pour le diaphragme pendant l'expiration et supprime du coup un des plus importants facteurs de la pression intestinale.

Ainsi donc, à une pression transmise verticalement au plancher pelvien pendant l'enfance, succède, à la puberté, une pression minima, atténuée d'abord dans son principe par la modification du type respiratoire, puis, dans ses conséquences par le port du corset qui dérive sur les parois iliaques une partie de la pression venant du diaphragme, et surtout par l'effacement en arrière de la verticale de l'axe de l'excavation, qui semble se dérober sous l'ensellure sacro-lombaire, laissant la pression verticale s'opérer en partie sur le pubis et ne recueillant, en définitive, qu'une faible pression finale, laquelle glisse sur le sommet de la vessie et de l'utérus aplatis sur le fond de l'excavation et aboutit au cul-de-sac de Douglas; la clef de la résistance est dans les ligaments sacrés et dans leur antagonistes, les ligaments ronds, en vertu du principe d'équilibre posé dans la première partie de ce travail.

On voit tout de suite toutes les conséquences qui découlent de ces conclusions au point de vue du mode de production du prolapsus, de la colpocèle, trouble qui l'accompagne, et par-dessus tout au point de vue du traitement à appliquer en ce cas. Le traitement est celui que l'auteur préconise depuis longtemps : raccourcissement des ligaments ronds et réfection du plancher pelvien par des opérations plastiques portant sur le vagin.

### 162. — Étude générale et comparée du traitement opératoire des rétrodéviations de l'utérus.

(*Congrès gynécologique de Genève*, 1896.)

Dans ce Mémoire, l'auteur envisage d'abord les rétrodéviations compliquées de lésions inflammatoires utérines ou pelviennes et il conclut que :

1° Il faut s'efforcer en premier lieu, par une thérapeutique d'attente, d'obtenir la preuve que le déplacement seul, débarrassé de tout autre élément morbide, est bien la cause des troubles persistants.

2° La disparition temporaire ou définitive des symptômes, concurremment à la disparition des lésions, indique qu'il faut s'en tenir à une thérapeutique d'attente. L'emploi du pessaire correspond au traitement minimum qui parfois sera suffisant.

3° En cas d'échec, il faut intervenir d'une façon plus efficace. Il faut traiter les lésions concomitantes et s'adresser à la rétrodéviation par le raccourcissement extra-abdominal des ligaments ronds.

Dans une deuxième partie, l'auteur considère que les déviations de faiblesse

sont rarement curables autrement que par des opérations combinées. Les déviations accidentelles d'origine névropathique sont passibles de tous les traitements opératoires et guérissent souvent à la suite de l'amélioration de l'état nerveux morbide.

Dans une troisième partie, l'auteur étudie les déviations d'origine traumatique. Il distingue les déviations récentes, susceptibles de guérison par les moyens orthopédiques, qui sont parfois guéries après une colpopérinéorrhaphie et qui réclament dans d'autres cas la fixation du fond de l'utérus en avant. Dans les cas où la rétrodéviation est invétérée, il faut faire des opérations combinées susceptibles de comprendre : 1° le curettage utérin ; 2° l'opération plastique de Schrœder sur le col ; 3° la colporrhaphie antérieure ; 4° la colpopérinéorrhaphie ; 5° le raccourcissement des ligaments ronds ou la laparotomie pour l'ablation unilatérale des annexes malades suivie de l'hystéropexie.

**163. — Traitement chirurgical de la rétroversion. Résultats éloignés de 90 cas traités par le raccourcissement des ligaments ronds combiné aux opérations plastiques sur le col, le vagin, le périnée.**

(*Gynécologie*, 1898.)

(Ce mémoire comprend 53 pages de texte avec tableaux détaillés. Il fait suite aux mémoires ci-dessus sur le même sujet.)

La cure chirurgicale de la rétroversion inaugurée depuis une quinzaine d'années a donné des résultats favorables et des échecs. D'après l'auteur, beaucoup d'échecs tiennent à ce que, en fixant l'utérus, on ne s'est pas préoccupé des lésions concomitantes. La rétroversion réclame donc parfois une opération complexe et il donne de ce fait des preuves convaincantes dans une statistique qui porte sur 90 cas.

La mortalité post-opératoire a été nulle ou à peu près, soit 2 sur 90 cas, et encore les femmes qui sont mortes se trouvaient-elles avant l'opération dans des conditions défavorables.

Les accidents survenus, après les opérations, ont consisté dans l'apparition de phénomènes de cystite chez 10 malades. Plusieurs fois on a pu noter de l'érythème iodoformique, et dans 2 cas une hématocèle pelvienne, 1 cas de phlegmatia alba dolens et 2 cas de délire vésanique.

Le résultat thérapeutique objectif, la guérison des lésions, a été observée chez le plus grand nombre. Le chiffre des résultats objectifs, incertains ou incomplets, soit immédiatement après l'opération, soit après plusieurs années, ne dépasse pas 7. Toutes les autres opérées sont restées guéries définitivement de leur déviation.

L'annexite se retrouve souvent chez les femmes qui ont de la rétroversion,

mais un lien de cause à effet n'existe pas forcément entre les deux affections. Sur 36 cas où l'annexite est mentionnée à un titre quelconque, la guérison a été obtenue 28 fois par le traitement opératoire et d'une façon indirecte, et 4 fois par le traitement radical direct. Les lésions de cervicite, la colpocèle ont guéri dans tous les cas, sauf 3 exceptions.

Dans tous les cas où la série opératoire a été complète, le résultat a été parfait, tandis que l'omission d'un détail chirurgical a laissé place à un trouble (cervicite) ou à une difformité (colpocèle).

Au point de vue de la guérison symptomatique, les résultats ont été tont aussi favorables, toutes les fois qu'on a fait un traitement complet. Lorsque ce dernier a été incomplet, il a laissé subsister un ou plusieurs symptômes qui rendent la malade aussi impotente qu'avant l'intervention.

Au point de vue fonctionnel, facilité des règles, fécondation, grossesse, les résultats ont été très favorables. Chez 9 de ses opérées, parmi le petit nombre de celles qu'il a pu suivre, l'auteur a noté des grossesses; — 3 fois chez des nullipares.

L'auteur conclut que le meilleur traitement sera celui qui comprendra l'intervention chirurgicale la plus complète, de façon à ne laisser aucune lésion sans remède, aucun prétexte au retour du moindre des symptômes morbides.

**164. — Raccourcissement des ligaments ronds. — Modification du manuel opératoire, consistant dans la réunion et la suture des extrémités des ligaments.**

(*Bullet. Soc. Obstét. et Gynécolog.*, 1889.)

L'auteur fait connaître une modification du manuel opératoire qu'il a apportée pour réaliser le raccourcissement des ligaments ronds. Cette modification consiste à réunir les ligaments ronds l'un à l'autre par des sutures, grâce à l'ouverture d'un trajet sous-cutané, pratiqué par transfixion, et réunissant les plaies inguinales. Le procédé est particulièrement à recommander dans les cas de défaut de résistance des ligaments ronds. A la suite de sa démonstration, accompagnée d'une figure, l'auteur rapporte l'observation d'une malade qu'il a opérée de la sorte et qui a parfaitement guéri.

**165. — Hystéropexie. — Méthode mixte de fixation de l'utérus à la paroi abdominale.**

(*Bull. Soc. Obstétr. et Gynécol.*, 1889.)

Le procédé de l'auteur se distingue de celui qui consiste à réunir, par des sutures, la paroi antérieure et le fond de l'organe à l'abdomen, en ce qu'il insère,

entre les lèvres de la plaie, les ligaments ronds et les trompes, saisis et attirés par un lien qui ressort à l'extérieur. La fixation est ainsi assurée par l'adhérence utéro-péritonéale d'une part et le pédicule tubo-ligamentaire d'autre part. Les sutures sont faites au crin de Florence et fixées extérieurement. Elles sont enlevées au bout de 10 à 12 jours. Les résultats opératoires sont excellents, mais les résultats thérapeutiques de l'opération, considérée à un point de vue général, sont aisés à critiquer. C'est la stérilité forcée : aussi ne faut-il employer ce procédé que chez les femmes âgées ou en cas de lésions annexielles incompatibles avec la fécondation. L'auteur préfère le raccourcissement des ligaments ronds à l'hystéropexie.

### 166. — Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds, par inclusion pariétale.

(*La Gynécologie*, 1898.)

Après avoir constaté, dans plusieurs cas, les résultats imparfaits de l'hystéropexie et l'insuffisance de cette opération, l'auteur a été amené à faire le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds par inclusion pariétale. Il a, depuis longtemps, pratiqué l'opération d'Alexander et il la préfère chaque fois que l'utérus est mobile et les annexes indemnes. Il préconise aujourd'hui le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds par inclusion pariétale qu'il a déjà exécuté, en 1889, pour les cas qui nécessitent l'ouverture de l'abdomen : utérus fixé par des adhérences, annexite.

Il s'adresse à l'extrémité externe, inguinale du ligament rond qu'il raccourcit et fixe. Il agit ainsi, de façon à supprimer la portion pénicillée, affaiblie des ligaments, pour les rétablir dans leurs portions solides et résistantes; cela contrairement à d'autres auteurs qui ont agi sur l'extrémité utérine. L'utérus, ainsi amené et fixé, jouit et jouira, en toutes circonstances, d'une liberté de mouvements relative, mais suffisante pour assurer l'accomplissement régulier de toutes les fonctions physiologiques qui lui sont dévolues. Que la grossesse survienne, les ligaments ronds s'allongeront, tout en s'hypertrophiant et permettront l'ascension de la matrice. L'accouchement ne subira aucun trouble.

Après incision sus-pubienne de la paroi, l'auteur attire à la partie inférieure de la plaie la partie moyenne des ligaments ronds et les fixe, en ce point, aux piliers fibreux des muscles droits qui leur servent de solide point d'attache.

Les résultats ont été très satisfaisants. L'auteur rapporte les observations de sept malades qu'il a opérées. Cinq de ces malades, sur sept qu'il a eu l'occasion de revoir à plusieurs mois d'intervalle, sont dans un état parfait.

**167. — Technique des opérations plastiques sur le vagin et la vulve.**

(*Soc. Obstétr. et Gynécol.*, Paris, 1889.)

Technique de l'*Avivement*.

Après avoir exposé et critiqué les procédés usités pour obtenir une surface avivée, nette, le plus possible exsangue et susceptible de réunion constante par première intention, l'auteur fait la description de son procédé, applicable à la fois à la paroi antérieure et à la paroi postérieure du vagin.

Pour la colporrhaphie antérieure, après avoir fixé un point déterminé de la colonne antérieure du vagin, on fait à ce niveau une incision transversale de deux à trois centimètres. A l'aide d'une spatule, et par la brèche ainsi créée, on creuse une sorte de gousset, résultant du décollement de la paroi du vagin. Remplaçant la spatule par les deux index juxtaposés, on décolle le vagin vers le col, et aussi loin transversalement que la chose est jugée nécessaire. Il ne reste plus qu'à tracer les limites de l'avivement ainsi opéré. On détache le lambeau à supprimer, par trois coups de ciseaux, deux longitudinaux dans le sens du vagin, et un transversal, assez prolongé sur les côtés, passant à la base du museau de tanche. L'avivement a, dès lors, une forme trapézoïde dont la petite base est à la vulve et la grande base au col.

Pour la colporrhaphie postérieure, on commence par attirer le col utérin en haut et en dehors autant que la laxité des tissus le permet.

On jalonne ensuite, sur l'étendue de la paroi postérieure du vagin, les deux lignes latérales de l'avivement, au moyen d'anses de fil, de pinces, ou de petites griffes spéciales que l'auteur a fait construire.

Après avoir pratiqué une incision curviligne, on agit de la spatule et des doigts pour faire le décollement comme pour la colpopérinéorrhaphie antérieure. Lorsque celui-ci est amené assez loin, deux coups de ciseaux latéraux abattent le lambeau qui retombe comme un tablier et qui servira de guide pour prolonger le décollement de la profondeur vers la vulve.

Abordant la suture, l'auteur rejette absolument la suture continue au catgut dans la colporrhaphie antérieure. Il faut préférer la soie.

Dans la colporrhaphie profonde, précervicale ou rétrocervicale, où l'avivement est limité à la région des culs-de-sac, chaque corne du triangle d'avivement est suturée isolément. La description des sutures est accompagnée de cinq figures.

### 168. — Colpopérinéoplastie par glissement.

(*Bullet. Soc. Obstétr. et Gynécolog.*, 1886.)

Après avoir exposé les procédés de périnéorrhaphie de Tait, Emmet et Thomas, l'auteur en fait la critique générale et il indique que les principaux défauts de la colpopérinéorrhapie ordinaire résultent : 1° de la longue durée de l'avivement qui doit aller du col utérin à la vulve ; 2° du placement de fils très nombreux ; 3° du retrait malaisé de ces fils ; 4° de la désunion possible des surfaces et des bourgeons exubérants qui en résultent sur le trajet de la ligne de réunion.

L'auteur expose ensuite son procédé de colpopérinéoplastie par glissement qu'il a mis à exécution plusieurs fois avec succès.

Le premier temps consiste à tracer une incision courbe à la limite de la peau et de la muqueuse.

Le deuxième temps comprend la dissection de la lèvre supérieure, muqueuse, de l'incision. Avec l'index, on sépare la paroi vaginale de la paroi rectale. Le but de l'opération est d'attirer la paroi vaginale exubérante au dehors de la vulve, de façon à affronter un point propice de cette paroi avec le rebord cutané de l'incision première, et à réséquer ensuite le lambeau qui dépasse.

C'est le moyen de reprendre les faisceaux dissociés du releveur anal et de les tasser en les consolidant dans le nouveau périnée.

Dans le troisième temps, on place donc les sutures de façon à attirer le lambeau à l'extérieur.

Dans le quatrième temps, on achève les sutures et on résèque le lambeau qui dépasse.

Dans un cinquième temps, on réunit par une suture continue les deux lèvres muqueuse et cutanée de la plaie transversalement oblongue.

Ce procédé a donné d'excellents résultats à l'auteur.

Le plan périnéo-vaginal ainsi obtenu est solide et épais.

Cinq figures accompagnent l'exposition du procédé devenu classique et décrit dans la plupart des traités de gynécologie.

L'opération présente l'avantage de ne nécessiter que des sutures externes.

### 169. — Sarcome diffus de la muqueuse utérine. — Hystérectomie vaginale. — Hémostase avec la pince-clamp.

(*Bull. Soc. Obst.*, 1887, p. 130.)

Tumeur énorme, mobile, médiocrement douloureuse donnant lieu à des hémorrhagies fréquentes et à un écoulement abondant de liquides sanieux et

infects. La malade, âgée de 62 ans, était arrivée à un degré extrême de cachexie. Le diagnostic de la nature du néoplasme fut fait par le microscope sur des débris enlevés par un léger curettage explorateur.

L'opération paraissait présenter peu de chances de succès et ne fut entreprise que sur les instances réitérées de la malade. La laparotomie fut écartée en raison du peu de chances qu'avait celle-ci de résister au choc opération, et de l'état d'infection du vagin et des tissus avoisinant l'utérus.

L'auteur pratiqua l'hystérectomie vaginale, après application de sa pince-clamp démontante. Le morcellement de l'utérus s'imposa par suite du volume énorme de la tumeur et s'accomplit non sans difficultés.

Guérison complète et maintenue depuis lors.

L'examen histologique a confirmé qu'il s'agissait d'un sarcome diffus, végétant, tapissant toute la cavité utérine, sauf au niveau des orifices tubaires. Le col était intact, sauf à l'orifice interne.

Nous concluons de ce cas en faveur de l'hystérectomie totale, lorsque le diagnostic aura été fait comme ici par l'examen microscopique après curage explorateur et lorsqu'on aura lieu de penser qu'il n'existe pas de propagation aux lymphatiques comme c'était le cas.

### 170. — Sarcome du corps de l'utérus. Hystérectomie vaginale. Guérison.

(*Bull. Société anatomique*, juillet 1887, p. 531.)

Il s'agit d'une femme de 53 ans, à laquelle l'auteur a pratiqué l'hystérectomie vaginale avec succès. Cette femme était entrée avec le diagnostic de cancer, quoique l'utérus fût tout petit, le col arrondi et à peine dilaté, contenant quelques bourgeons rougeâtres. Elle n'avait eu qu'une seule métrorrhagie, il y a six mois. Le curage de la cavité utérine permit de reconnaître que la tumeur était un sarcome à petites cellules. Le procédé opératoire mis en usage fut le procédé ordinaire, sans ligatures, avec pinces démontables articulées en forceps. Il n'y avait de propagation que sur un point du vagin qui fut extirpé.

A propos de ce cas, l'auteur émet l'opinion que, dans le cancer de la cavité utérine, la marche est lente, le diagnostic clinique difficile, et que seul le raclage permet d'établir un diagnostic étiologique qui, dans ce cas, est certain. Dans l'épithélioma du col, au contraire, qui est externe et se développe sous les yeux du médecin, l'examen à l'œil nu peut laisser des doutes, mais l'amputation du col peut servir à faire le diagnostic.

Quant au procédé opératoire, l'emploi des clamps démontables permet de diminuer l'étendue des incisions dans les culs-de-sac du vagin, et par là diminue le danger d hémorrhagie. Deux pinces peuvent suffire.

**171. — Présentation des pièces d'un épithélioma utérin extrait par l'hystérectomie totale au moyen de pinces-clamps d'un nouveau modèle.**

(*Bull. de la Soc. Obst.*, 1888, p. 13.)

Le néoplasme (épithélioma tubulé) était limité à la portion externe du col utérin, sans propagation évidente au delà. L'opération radicale a été suivie de succès.

L'observation ci-dessus fait ressortir la possibilité de pratiquer l'hystérectomie vaginale, au moyen de deux pinces-clamps uniques, du modèle imaginé par l'auteur, appliquées sur chacun des ligaments larges et amenant à la fois l'hémostase des artères utérines et des utéro-ovariennes.

**172. — Hémostase dans l'hystérectomie vaginale.**

(*Soc. Obstétr. et Gynécol.*, Paris, 1886.)

Après avoir rappelé les premières tentatives d'hémostase dans l'hystérectomie vaginale, faites par les auteurs étrangers consistant en une ou plusieurs ligatures pratiquées sur la continuité des vaisseaux, l'auteur indique que cette méthode a été d'abord suivie en France. Péan, le premier, associa aux ligatures l'usage de pinces hémostatiques. Richelot, après plusieurs tentatives, arriva à supprimer complètement la ligature des ligaments larges et à substituer les pinces uniquement aux fils de soie. Le procédé est aujourd'hui assez bien réglé. Il consiste, lorsque l'utérus est mobile, à atteindre avec le doigt l'extrémité supérieure du ligament large et à le comprendre dans toute sa longueur entre les mors d'une pince à forcipressure. Lorsque l'utérus ne se laisse pas abaisser, on est obligé de placer plusieurs pinces de bas en haut dans la continuité du ligament large.

**173. — Énucléation sous-péritonéale des fibromes utérins par la laparotomie.**

(*Bull. de la Soc. Obst.*, 12 mars 1889.)

I. — Ce procédé, qui n'était guère appliqué en France avant 1889, a été l'objet, au mois d'avril de cette même année, d'une publication, avec figures à

l'appui, dans les *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie* (1889), faite par notre assistant M. le Dr Picbevin, ancien interne des hôpitaux, actuellement chef des travaux gynécologiques à l'hôpital Necker. Cette publication était basée première opération de ce genre pratiquée par nous. Il s'agissait de deux sur la fibromes intra-muraux, qui furent, après la laparotomie, énucléés et dégagés de leur loge utérine sans perte de substance du tissu de l'organe ; les plaies excavées ainsi produites furent obturées par l'étage de suture, un profond et un superficiel, au catgut. Nous faisions, dès ce moment, ressortir les avantages de ce traitement conservateur qui laisse l'utérus en place et capable de fonctionner. Nous montrions qu'elle devait être utilisée chaque fois que c'était possible.

II. — Depuis ce travail, un autre de nos assistants, M. Petit, a présenté à la *Soc. Obstétricale* deux autres tumeurs de ce genre énucléées par nous.

III. — Enfin, un de nos élèves, le Dr Chevrier (d'Ottawa) (1891), dans un travail récent publié sous notre contrôle, a réuni onze cas de myomes énucléés par nous, grâce à ce procédé, et d'hystéro-myomotomie. Il s'est livré à ce propos, d'après notre enseignement, à une étude critique sur les divers procédés d'extraction des fibro-myomes, qui met en relief les avantages de l'énucléation chaque fois qu'elle est possible à exécuter.

Notre propre travail, présenté à la Société de gynécologie en 1891, repose sur deux cas nouveaux, concernant deux sœurs, auxquelles nous avons enlevé avec succès, par cette méthode, des fibro-myomes, cinq à chacune. Nous avons indiqué en même temps les règles générales de notre procédé : *a*) Double rang de sutures au catgut; un étage profond et une suture séro-séreuse continue en surjet. *b*) Hémostase assurée facilement grâce aux conditions suivantes : 1° comprimer le col de l'utérus par un lien élastique; 2° tenir dans la main serrée étroitement la région sur laquelle on opère; 3° tordre la tumeur à demi énucléée un nombre de fois suffisant pour l'enlever sans effort : la torsion doit être faite dans le même sens; de la sorte, le pédicule vasculaire est exsangue; 4° inciser toujours dans le sens longitudinal des faisceaux musculaires, selon les notions anatomiques, et éviter de couper les fibres en travers.

Les suites opératoires ont toujours été heureuses et infiniment plus simples qu'après l'hystérectomie vaginale.

Cette méthode nous a paru digne d'une vulgarisation complète dans les cas de fibro-myomes utérins, à condition que l'on ait affaire à des tumeurs de petit ou de moyen volume, et que l'âge peu avancé de la malade impose le souci capital de la conservation d'un appareil génital capable de fonctionner.

Enfin plus tard, à propos de la lecture d'un travail du Dr Chevrier à la Société Obstétricale, revenant sur ce sujet, nous avons complété ces indications opératoires en faisant ressortir la nécessité d'associer la castration bilatérale à

l'énucléation, dans des conditions déterminées : 1° sujet âgé; 2° myomes nombreux et de gros volume ; 3° altérations récentes ou anciennes des annexes.

Nous avons dû pratiquer, en effet, l'ablation ultérieure des annexes à l'une des deux malades opérées de cinq fibromes et citées plus haut, — à la suite de la récidive aiguë d'une salpingo-ovarite ancienne.

En dehors de ces cas, nous nous contentons de l'énucléation, lorsque l'âge et l'état de la malade engagent à lui conserver des chances de fécondation ultérieure.

**174. — Traitement du pédicule, simplifié, dans l'hystérectomie abdominale. Modification des procédés anciens de Péan-Bantock, etc.**

(*Bull. de la Soc. Obst.*, 1891, p. 66.)

Dans ce travail, l'auteur expose les raisons de sa préférence pour le pédicule extra-péritonéal. La possibilité de perfectionner cette méthode au point de supprimer presque entièrement les ennuis qu'on avait autrefois avec les larges pédicules, suppuration et sphacèle prolongé, tractions pénibles, etc., l'a décidé à y avoir recours dans presque tous les cas.

Les modifications avantageuses sont : 1° l'évidement du pédicule, jusqu'à ne plus avoir qu'une sorte de collerette membraneuse, un cône, dont le sommet, effilé de plus en plus au fur et à mesure de l'évidement, redescend dans la plaie abdominale, assez pour diminuer les tractions.

2° La cautérisation au fer rouge de cette collerette, jusqu'à obtenir une feuille de parchemin épais.

3° La suture des bords de ce pédicule lamellaire, à la soie, de façon à le ficeler nombre de fois, à la manière d'un bouchon de vin de Champagne.

Ainsi réduit à la grosseur d'un petit marron dur, les broches ne le peuvent plus déchirer par l'excès de la traction.

4° Au huitième jour, on retire les broches et on laisse le pédicule descendre dans le ventre, après résection de la partie extrême ficelée.

5° Vers le douzième jour, on sectionne le lien en caoutchouc dans la profondeur de la plaie, en attirant un peu le moignon du centre, ce qui est toujours aisé, si on a conservé un fil, sur le caoutchouc, pour le ramener à l'extérieur.

6° On laisse enfin s'éliminer les débris sphacélés, peu abondants, ce qui n'empêche pas de pratiquer, dans l'ouverture abdominale, deux à trois points de sutures profondes, en ménageant, au milieu, la place d'un drain.

Le bourgeonnement se fait rapidement et on peut dire qu'un mois suffit presque à la terminaison. Dès le dixième jour, la plaie n'a plus l'aspect d'une

plaie d'hystérectomie, mais plutôt celui d'une section abdominale ordinaire avec un petit pertuis linéaire à l'angle inférieur.

7° Les poudres antiseptiques ne sont nécessaires qu'en petite quantité, grâce à la siccité du moignon rôti par le cautère.

L'auteur a opéré neuf malades par ce procédé, toujours avec un bon résultat.

*N.-B.* — Un mémoire du Dr Chevrier d'Ottawa, illustré de quatre figures, a été publié dans les *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, dans le but d'établir la comparaison entre les suites des divers procédés de myomotomie. Il porte sur onze cas opérés par l'auteur.

### 175. — Fibro-myome de la paroi abdominale recidivé.

(En collaboration avec M. Mangin.)

(*La Gynécologie*, 1896.)

L'auteur rapporte les observations de deux malades, deux sœurs, chez lesquelles il a eu l'occasion d'opérer deux tumeurs de la paroi abdominale. Les tumeurs ont présenté la constitution histologique du fibro-myome. Chez une des malades, la tumeur a récidivé ; elle a été enlevée à nouveau et on a pu constater qu'elle avait conservé la même structure microscopique.

Il paraît avéré que la tumeur avait pour point de départ les fibres musculo-aponévrotiques de la paroi.

### 176.— Kyste paraovarique gauche. Laparotomie. Guérison.

(Présentation de la pièce.)

(*Bull. de la Soc. Obst.*, 1888, p. 13.)

L'observation sert de thème à une discussion sur la nature et le siège des kystes paraovariques, dont l'origine est variable : *vrais*, ils proviennent des vestiges wolfiens ; *faux*, ils dérivent d'un processus d'infiltration séreuse secondaire dans les mailles de fausses membranes exsudatives périannexielles. Ce sont des kystes adventices. Ces points ont été développés ultérieurement dans un mémoire de M. le Dr Mangin, assistant de l'auteur.

**177. — Forme rare de kystes hémorrhagiques des deux ovaires. Ovariotomie double. Guérison.**

(*Bull. de la Soc. Obst.*, 1888, p. 71.)

Observation d'un cas typique de la forme *folliculaire hémorrhagique* des kystes de l'ovaire, décrite par Rokitansky et Schröder, et à peine mentionnée dans les traités classiques. L'ovaire gauche était converti en une tumeur du volume d'une orange, à coque mince, fibreuse, tendue, remplie de sang rouge foncé, de consistance sirupeuse. L'ovaire gauche présentait à son extrémité interne un kyste sanguin analogue, du volume d'une amande ; plus un corps jaune énorme transformé en une poche hémorrhagique de la grosseur d'un gros haricot. D'autres kystes, de nature sanguine également, ont été vus au microscope dans ce qui reste du stroma ovarien lui-même. La malade présentait d'autres manifestations kystiques du côté du col, de la glande de Bartholin, etc.

*N. B.* — Cette observation avec une autre du Pr Terrier, publiée peu après pour la première fois en France, fixe l'attention sur les processus hémorrhagiques de l'ovaire.

**178. — Fibro-myxome volumineux de l'ovaire gauche.**

(*Bull. de la Soc. Obst.* 1888, p. 287.)

Jeune fille de 19 ans, vierge ; troubles graves de la menstruation : hémorrhagies abondantes : tumeur volumineuse occupant le cul-de-sac de Douglas.

Laparotomie : 200 grammes de liquide ascitique dans le péritoine. Extirpation d'une tumeur du volume du poing, rougeâtre, ovoïde, demi-molle, adhérente seulement au niveau de la vessie, et dépendant visiblement du pavillon de la trompe, qui est extirpé avec elle. Suites normales. Guérison.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un fibrome renfermant des zones hyalines au niveau desquelles se retrouvent les caractères et les réactions du tissu myxomateux : espaces lacunaires, dilatés, remplis de substance hyaline.

L'intérêt de cette observation est dans la rareté de ce genre d'affection, dont on connaît très peu d'exemples publiés, — et dans le fait de son apparition chez une jeune fille vierge, exempte de tout antécédent inflammatoire.

**179. — Kyste dermoïde suppuré de l'ovaire gauche. Dégénérescence kystique de l'ovaire droit. Laparotomie.**

(*Société Obst. et Gyn.*, 1890, p. 9.)

Observation avec présentation de pièces. Le diagnostic porté primitivement était celui de salpingite unilatérale : l'absence des signes matériels, de l'existence d'un exsudat pelvien, inflammatoire, le siège et la mobilité de la tumeur, sa situation déclive, son indolence, etc., firent adopter l'idée d'une affection ovarique. Le traitement de l'endométrite par la dilatation et le drainage pratiqués antérieurement n'avaient donné aucun résultat.

Laparotomie : ablation des annexes du côté gauche, puis de l'ovaire droit qui parut altéré dans sa structure. Guérison.

L'examen montre la trompe intacte et l'ovaire converti en un kyste dermoïde renfermant une forte touffe de poils et trois dents. Cinq ou six foyers de suppuration, les uns miliaires, les autres du volume d'un grain de chènevis s'y montraient au voisinage du hile et paraissaient avoir été amenés par la voie des lymphatiques, à la suite d'une infection du col ou du fond du vagin, propagée par les lymphatiques du ligament large.

**180. — Tumeur fibro-kystique du ligament de l'ovaire.**

(*Bull. de la Soc. Obst.*, 1890, p. 21. Avec une figure.)

Observation d'une tumeur très rare par son siège et par le développement considérable qu'elle a acquis.

Cette tumeur est développée sur le ligament utéro-ovarien droit à l'extrémité interne de l'ovaire. L'auteur a pu diagnostiquer sa présence lors d'un premier accouchement que la malade fit à la clinique d'accouchements de la Faculté, et qui fut long et pénible. 18 mois après, seconde grossesse, terminée heureusement. Ce n'est que deux ans plus tard que le sujet éprouva brusquement des douleurs dans le bas-ventre, douleurs intermittentes, cessant dans le décubitus dorsal, en réalité assez supportables.

Laparotomie : extirpation des annexes droites et du néoplasme qui leur est adhérent. Guérison sans incident.

La tumeur était du volume des deux poings : un pédicule de six centimètres de long et de la grosseur du petit doigt la rattachait au ligament utéro-ovarien. Les deux tiers inférieurs du néoplasme sont constitués par une substance pulpeuse et grisâtre contenue dans des géodes minuscules à parois

résistantes ; le tiers supérieur est constitué par deux ou trois kystes de volume inégal, renfermant un liquide coagulable, teinté de sang. Histologiquement, la pulpe grisâtre est un tissu de fibrome fasciculé ou lamellaire, avec points myxomateux, parsemés de petites cavités formées par l'écartement des faisceaux conjonctifs : les grands kystes sont de même origine que les petites cavités.

**181. — Tumeur végétante de la muqueuse tubaire. — Papillome endo-salpingitique.**

(*Bull. de la Soc. Obstétr.*, 1890, p. 12. Avec une figure.)

Observation d'un cas extrêmement rare de papillome de la trompe, traité par la laparotomie et l'ablation, suivies de guérison. Etude histologique et discussion de la nature de la tumeur.

Phlegmasie génitale totale, d'origine infectieuse probable, durant depuis neuf ans. Métrorrhagie, leucorrhée, cervicite chronique. Salpingite à répétitions. Chute sur la hanche gauche, dix mois auparavant, à la fin de la période menstruelle, douleurs intenses, signes de péritonite ; amélioration de deux mois, puis rechute et alors apparition brusque, à l'occasion d'un effort de défécation, d'un écoulement séro-sanguinolent qui dura dix jours et correspondit à plusieurs litres de liquide.

L'hydrorrhée persista dans la suite, toujours abondante, alternant avec les règles. Salpingite profluente à vomiques intermittentes.

Curage explorateur et abrasion des fongosités.

Depuis lors, les tumeurs du bassin ne font qu'augmenter de volume. L'hydrorrhée est ininterrompue. Les crises douloureuses deviennent intolérables et retentissent sur l'état général.

Laparotomie en juillet 1889. A droite, tumeur de la grosseur d'un petit melon, renfermant, pour les 2/3 de son volume, un liquide citrin de consistance mélicérique ; adhérences à l'épiploon, à l'intestin en deux endroits, aux parois pelviennes. Kystes séreux de la grosseur d'une noix, développés sur l'ovaire en arrière de la masse principale.

A gauche, ovaire kystique et trompe confondus en une tumeur quasi aussi grosse que le poing, fixés par de nombreuses adhérences à presque tous les organes environnants.

A l'examen, la trompe droite se montre convertie en un kyste volumineux à parois épaisses dont la surface interne est recouverte de végétations arborescentes réalisant le type des papillomes végétants. La muqueuse n'est libre que vers le quart interne de la cavité. La lumière du canal est néanmoins très

agrandie. Mais l'orifice correspondant à la corne utérine est d'une étroitesse extrême.

Au microscope, on a retrouvé dans ces végétations la structure des papillomes. Mais en certains points existaient des rangs doubles ou triples de cellules épithéliales superposées, ce qui fait incliner à attribuer au néoplasme un caractère malin et à prévoir une récidive possible.

## 182. — Endopapillome de la trompe, à évacuation intrapéritonéale intermittente.

(En collaboration avec M. Macrez.)

(Mémoire accompagné de 4 figures.
*Soc. Obst.*, 21 juillet 1898. — *La Gynécologie*, 1898.)

Il s'agit d'une malade âgée de 37 ans qui s'est présentée avec des symptômes de tumeur abdominale droite. Cette tumeur, siégeant dans la région de l'hypochondre droit et du flanc droit, avait pour caractère particulier d'être intermittente, au point qu'il fut possible de songer à une hydronéphrose, diagnostic qui fut écarté à la suite du cathétérisme des uretères.

L'opération pratiquée par l'auteur le 9 juin 1898 a montré qu'il s'agissait d'un papillome endo-salpingitique. Ce diagnostic a été confirmé par l'examen histologique. L'étude anatomique de la pièce a montré que l'*ostium uterinum* de la trompe était oblitéré, tandis que l'*ostium abdominal* était perméable. Le liquide renfermé dans la cavité kystique de la trompe avait donc toute facilité pour s'écouler dans le péritoine, et on a eu ainsi l'explication des phénomènes de tumeur intermittente relatés chez la malade. A chacune de ces vomiques, le contenu de la trompe était expulsé dans une loge séreuse qui se limitait par un exsudat pseudo-membraneux, et la tumeur semblait avoir disparu pour un temps qui variait d'un à deux mois.

L'étude de plusieurs cas analogues puisés dans la littérature médicale a montré que les deux orifices de la trompe peuvent être oblitérés. Tantôt l'orifice abdominal est seul perméable comme dans le cas actuel.

Dans d'autres cas — et l'auteur a relaté un fait de ce genre à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de 1889 — l'orifice utérin est seul perméable et permet l'écoulement du liquide kystique par le vagin.

Les papillomes endo-salpingitiques sont des tumeurs bénignes ; ils constituent un groupe de salpingites à évolution lente, sans grande réaction inflammatoire, sans douleurs s'il n'y a pas de complications.

**183. — Kystes hydatiques du bassin chez la femme. Salpingite double à échinocoques** *(avec une planche)*.

(*La Gynécologie*, avril 1896.)

L'auteur, dans un mémoire de 20 pages de texte, met en relief un cas fort rare et peut-être unique dans la littérature médicale. Il s'agit d'une tumeur volumineuse occupant le bassin, la région sous-ombilicale et dépassant l'ombilic d'une façon notable. Elle était constituée par les deux trompes converties en deux énormes boudins, et longues l'une de 57 centimètres et l'autre de 53 centimètres. Les circonvolutions de la tumeur, adhérant fortement entre elles par leurs surfaces contiguës, enveloppaient presque entièrement l'utérus. Leur cavité était remplie de poches hydatiques. — Sauf sur l'épiploon qui était parsemé de rares nodules gris jaunâtre ressemblant à certains kystes à échinocoques morts ou dégénérés, il n'y avait pas trace de tumeur du même genre dans la cavité abdominale.

L'auteur établit ensuite une statistique aussi complète que possible des cas analogues publiés jusqu'à ce jour : 80 cas environ. Cette statistique ne compte aucune observation de kyste hydatique tubaire. Elle ne comprend que des observations publiées sous le titre de kystes hydatiques du bassin et des organes génitaux de la femme. L'auteur en conclut que le cas qui lui est personnel de salpingite double à échinocoques doit être unique dans la science. Il croit que l'origine probable était due à la chute de quelques échinocoques primitivement situés sur l'épiploon.

Il fait remarquer que l'opération est délicate, difficile et qu'il faut surtout se préoccuper des uretères qui peuvent être déplacés par la déviation subie par la vessie elle-même.

L'hystérectomie abdominale totale a été nécessitée par l'étendue des adhérences. La malade a bien guéri. Il n'y a pas eu de récidive.

**184. — Tumeurs multiples du bassin.**

(*Bull. de la Soc. Obst.*, 1888, p. 281. Avec une figure.)

Observation d'une femme chez laquelle l'auteur a trouvé, par la laparotomie, un kyste de la trompe gauche, de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, rempli d'un liquide hyalin, — un kyste sanguin solidifié du segment externe de la même trompe, du volume d'une grosse amande, — une tumeur volumineuse à contenu muco-purulent, de la consistance du miel, enclavée profondément entre les feuillets des ligaments larges, — un chapelet de quatre kystes,

chacun du volume d'une grosse noix environ et appendue aux franges de la trompe droite, — un ovaire droit gros, dur et kystique, incarcéré au sein de fausses membranes très résistantes, — une trompe droite, épaisse, remplie d'un liquide séreux louche.

Extirpation des annexes des deux côtés : ponction et libération des deux tumeurs enclavées. Guérison.

L'examen anatomique a montré qu'il s'agissait de kystes développés aux dépens du tissu conjonctif sous-jacent au feuillet séreux de la trompe et d'un kyste développé, dans les mêmes conditions, dans le tissu conjonctif sous-péritonéal interposé aux feuillets du ligament large.

---

## CHAPITRE IV

# INSTRUMENTS

# APPAREILS ET PROCÉDÉS OPÉRATOIRES ORIGINAUX

N. B. — *L'auteur s'est restreint à une simple énumération, pour les sujets résumés dans les chapitres précédents.*

## INSTRUMENTS ET APPAREILS D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE



## ÉNUMÉRATION RÉSUMÉE DES PROCÉDÉS OPÉRATOIRES IMAGINÉS PAR L'AUTEUR



---

**185. — Écouvillon et écouvillonnage.**

Employé au début (1886), par l'auteur, à l'instar de la curette cet instrument en est un précieux auxiliaire.

Les accoucheurs le recommandent spécialement pour l'avulsion des membranes ovulaires et des débris placentaires.

**186. — Herse tranchante.**

Instrument présenté à l'Académie de médecine en 1889, destiné à lacérer la mnqueuse chroniquement inflammatoire du col utérin. Il remplace la curette avec avantage et est entré dans la pratique gynécologique courante.

**187. — Pinces fenêtrées à articulation démontante pour l'avulsion du placenta abortif.** (1886.)

Droits, susceptibles d'introduction séparée pour chaque branche, comme le forceps, ces instruments plus légers et plus courts, plus maniables par conséquent que les pinces à faux-germe anciennes, tirent leur supériorité des transformations modernes de la technique. Avec l'abaissement du col utérin et sa traction à la vulve, leur emploi est très aisé et d'une parfaite sécurité.

**188. — Sonde dilatatrice pour injections intra-utérines**
(*Archives de Tocologie*, page 1108, 1885.)

Après avoir montré l'insuffisance des instruments employés jusque-là, pour injections intra-utérines, l'auteur explique le mécanisme d'une nouvelle sonde intra-utérine qu'il a imaginée et fait construire par M. Matbieu. Elle se compose d'un tube unique, en métal, recourbé à la façon de pinces, dont les branches, creuses, sont exactement juxtaposées et forment un circuit ouvert aux deux extrémités de l'instrument. L'instrument peut s'adapter à tout appareil d'irrigation. L'extrémité libre est double et perforée pour la sortie du liquide. Cette sonde agit comme *tube à irrigation* et comme *dilatateur*. Les branches peuvent être maintenues à tel écartement que l'on désire. De ce fait, on assure une large voie de retour au liquide et un facile passage aux débris solides contenus dans la matrice.

Instrument entré dans la pratique courante et apprécié, grâce à la sûreté du principe de son mécanisme. Il a été modifié dans quelques menus détails, notamment par le Dr Gaches-Sarraute, les professeurs Reverdin (de Genève), Marocco (de Rome), Dr Pichevin.

**189. — Pince-clamp pour l'hystérectomie vaginale.**

(*Soc. Obst. et Gynécol.*, Paris, 1886.)

Après avoir montré les inconvénients des pinces à forcipressure qui sont généralement trop courtes, munies d'une articulation fixe, difficile à diriger, l'auteur présente une nouvelle pince-clamp qu'il a imaginée. C'est une pince droite et rigide; les mors sont longs de 12 centimètres. Les deux branches se séparent comme les branches d'un forceps et par un mécanisme tout à fait simple. L'articulation se fait au moyen d'une mortaise latérale. Une des branches est plus longue et recourbée en crochet. Cette branche s'applique la première et le crochet va atteindre l'extrémité supérieure du ligament comme le ferait un harpon. La seconde branche s'applique aisément et par un mouvement de glissement comme la première. Un mouvement de ressort à crémaillère, comme dans les pinces à forcipressure ordinaires, assure la pression. Une de ces pinces suffit à assurer l'hémostase sur toute la longueur de chacun des ligaments larges.

**190. — Doigtier perce-membranes.**

(*Soc. Obst. et Gyn.*, 10 *février* 1898.)

Cet instrument se compose de deux parties en continuité : 1° un doigtier flexible et fendu sur sa face palmaire, de façon à permettre l'introduction de l'index, quel que soit son volume; 2° un ongle de fer. Ce dernier est recourbé à son extrémité libre; sa portion tranchante, pointue et taillée en biseau, de chaque côté dans une étendue de 1 centimètre environ, s'applique exactement sur la face correspondante de la pulpe de l'index, de manière à faire corps avec elle et à ne pas léser les parois du vagin.

L'articulation phalango-phalangino-phalangettienne conserve la liberté de ses mouvements.

Cet instrument a pour avantage de laisser intactes les sensations tactiles et de permettre au doigt d'arriver jusqu'aux membranes en se rendant parfaitement compte du chemin parcouru. Parvenu sur les membranes, et par une simple flexion de l'index, l'ongle de fer les accroche et les déchire aisément, quelles que soient leur épaisseur et leur résistance.

**191. — Table à opérations.**

Appareil fort simple léger et portatif, construit en forme de pliant et pouvant s'adapter aux usages multiples de la gynécologie. Très usité dans la pratique rurale, depuis 1886.

**192. — Sac à irrigations.**

L'originalité de l'appareil consiste dans le remplacement du vase en verre ou en métal par une poche en caoutchouc souple, point volumineuse ni encombrante, susceptible, pour ces motifs, de rendre de grands services aux praticiens et aux malades.

**193. — Désinfection des laminaires et des tentes-éponges au moyen de l'éther iodoformé.** (1886.)

Ce mode de préparation a prévalu et est resté en quelque sorte classique.

**194. — Suture perdue en surjet, à spirales continues, au moyen du catgut souple, appliquée à la restauration immédiate du périnée après l'acccouchement.**

Cette méthode constitue une adaptation originale, imaginée dès 1885 par l'auteur, d'après la pratique allemande qui l'utilisait pour différentes opérations : Schrœder pour les opérations plastiques, Billroth pour la suture en étages de la paroi abdominale.

**195. — Colpopérinéoplastie par glissement.**

*Développé page* 159.

Procédé dérivé de méthodes diverses et synthétisant la plupart des avantages de ces méthodes. Le principal est la reconstitution d'un périnée très solide et l'attraction du muscle releveur vers l'orifice vulvaire. Comme technique, il se recommande par sa rapidité d'exécution et l'absence de sutures vaginales.

**196. — Procédé de colpopérinéorrhaphie applicable aux grands délabrements déjà anciens, rupture complète du périnée et de la cloison recto-vaginale, avec destruction des tissus et rétractions cicatricielles.**

**197. — Colporrhaphie rétro-cervicale.**

*Développé page* 158.

Procédé original qui simplifie, en réalisant les mêmes résultats, l'opération allemande du raccourcissement des ligaments utéro-sacrés.

Il a, en outre, l'avantage de restreindre le cul-de-sac postérieur du vagin. Il ne nécessite pas l'ouverture du péritoine.

**198. — Ablation de la muqueuse cervicale par dissection au bistouri, dans l'endocervicite invétérée, suivie de la thermocautérisation légère des surfaces cruentées.**

Opération très expéditive publiée en 1890, et dont le procédé de Bouilly réalise le pendant. Elle ne peut être applicable qu'à des cas déterminés et ne saurait prétendre à remplacer, dans tous les cas, l'ablation plastique de la muqueuse cervicale par l'opération réglée de Schrœder.

**199. — Pédiculisation des fibromes dans l'hystérectomie abdominale à pédicule externe.**

*Développé page* 163.

Avant l'adoption générale de l'hystérectomie totale, ce fut une amélioration notable des anciens procédés qui permit de supprimer les larges pédicules, avec leur cortège d'accidents grands et petits, et d'éviter leur conséquence la plus fâcheuse, l'éventration.

**200. — Opérations plastiques sur la vulve, le vagin et le périnée.**

*Page* 158.

*A.* Procédé d'avivement très précieux en raison de la perte modérée du sang.

*B.* Emploi des *serres-fortes*, pour le jalonnement de l'avivement et l'étalement des parois flottantes du vagin.

*C.* Modes de suture variés suivant les cas : suture en bourse, suture en échelle.

**201. — Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds.**

*Développé page* 157.

Procédé tout à fait personnel à l'auteur et dont les résultats paraissent nettement supérieurs aux opérations analogues. Sa logique consiste dans la suppression de l'extrémité inguinale affaiblie et amincie des ligaments ronds.

Paris. — Imprimerie F. Levé, rue Cassette, 17.